

13.10.2011
**Stellungnahme des
GKV-Spitzenverbandes**

**Änderungsanträge der
Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung
der Versorgungsstrukturen in der GKV
Ausschussdrucksache 17(14)0192**

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nummer 1 0a - neu - (§ 4 SGB V - Fortsetzung der Ausgabe von Gesundheitskarten in 2012)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen den im Jahre 2011 begonnenen Ausgabeprozess der elektronischen Gesundheitskarte im Jahre 2012 fortzusetzen. Bei Krankenkassen, die bis Ende des Jahres 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgeben, sollen sich die Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 gegenüber 2012 nicht erhöhen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass der Rollout-Prozess kontinuierlich fortgesetzt wird und dass über alle Kassen hinweg eine rund 70-prozentige eGK-Ausstattung bis Ende 2012 erreicht sein wird.

Die Krankenkassen sind bereits heute aktiv, durch prospektive Planungsvorgaben die Kartenproduktion mit ihren Dienstleistungsunternehmen, insbesondere den Kartenherstellern, so zu koordinieren, dass Engpässe bei der Kartenproduktion möglichst nicht auftreten. Durch die begrenzte Zahl der Kartenhersteller und weiterer beteiligter Dienstleistungsunternehmen kann aber eine Krankenkasse alleine nicht sicherstellen, die avisierte Quote voll zu erfüllen, da sie auf die eigentlichen Produktionsprozesse keinen Einfluss hat. Zu berücksichtigen sind auch die Ausstattungsquoten der Leistungserbringer mit Kartenlesegeräten, die Auslastungsquoten der eGK-Personalisierer sowie die Rücklaufquoten der Lichtbildanlagen als maßgebliche Faktoren für die Verteilungsquote der elektronischen Gesundheitskarte. Auf der anderen Seite wird es nach unseren Informationen Krankenkassen geben, die durch bereits zugesagte Liefer- und Herstellerslots frühzeitig im Jahr 2012 alle ihre Versicherten mit Gesundheitskarten versorgt haben werden.

Aus diesen Gründen und weil die parallele Versorgung mit eGK und KVK für die Krankenkassen höchst unwirtschaftlich ist, ist ein weiterer gesetzlicher Anreiz zur Ausgabe von eGK in 2012 nicht erforderlich. Zudem halten wir die Sanktionierung einzelner Krankenkassen, die aufgrund von Liefer- und Herstellerschwierigkeiten eine vorgegebene Ausstattungsquote nicht erreichen, für unangemessen.

Sofern der Gesetzgeber an der Regelung festhält, sollte die Zielangabe auf 50 % korrigiert werden.



C) Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.

Alternativer Vorschlag bei Beibehaltung der Regelung:

Im Änderungsvorschlag der Fraktionen CDU/CSU und FDP wird die Zahl
„70“ durch die Zahl „50“ ersetzt.



Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 1b - neu - (§ 10 SGB V - Verlängerung der Familienversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt die Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf die Verlängerungstatbestände der Familienversicherung nach § 10 SGB V sicher. Damit führen ab dem 1. Juli 2011 Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren Freiwilligendienstes (z. B. Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer) zur Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus, wenn hierdurch eine Schul- oder Berufsausbildung verzögert oder unterbrochen worden ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, soweit sie die unterschiedlich geregelten Freiwilligendienste in Bezug auf die Verlängerung der Familienversicherung mit gleichem Maßstab behandelt.

Die angestrebte gesetzliche Änderung bedeutet allerdings eine Abkehr vom bisherigen Regelungskonzept. Dieses ging von einem gebotenen Ausgleich dafür aus, dass durch die Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht Verzögerungen bei der Schul- oder Berufsausbildung entstehen, die auf Grundrechtseingriffe und nicht auf eine freiwillige Entscheidungen Einzelner zurückzuführen sind. Die Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus um die Dauer der gesetzlichen Dienstpflicht war ferner gerechtfertigt, da während der Ableistung des Wehr- oder Zivildienstes keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden konnten. Die Motive, die diesem Konzept zugrunde liegen, lassen sich auf Freiwilligendienste nicht übertragen.

Soweit der Gesetzgeber sich nunmehr in Abkehr von dem bisherigen Regelungskonzept für eine Ausweitung der Familienversicherung von Kindern entscheidet, um das bürgerliche Engagement zu stärken und Freiwilligendienste zu fördern, steht dies im Rahmen seiner sozialpolitischen Gestaltungshoheit.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 19 SGB V – Leistungsentscheidung bei Kassenschließungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung des § 19 Abs. 1 SGB V stellt klar, dass die Leistungsentscheidungen einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fortbestehen. Satzungsleistungen werden hiervon ausgenommen. Ferner dürfen bei Wahlтарifen von der aufnehmenden Kasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung vergleichbare Wahlтарife abgeschlossen hatte.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist aus Sicht der Versicherten grundsätzlich positiv zu bewerten, gerade weil Versicherte ihren Versicherungsschutz bei einer geschlossenen Krankenkasse nicht aktiv selbst beenden.

Grundsätzlich gilt die Bindungswirkung eines Verwaltungsaktes nur innerhalb eines konkreten Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsverhältnisses, nicht aber darüber hinaus (§ 39 SGB X). Die §§ 45 ff SGB X, die nur unter speziellen Voraussetzungen die Rücknahme (§ 45 SGB X) oder die nachträgliche Änderung (§ 48 SGB X) begünstigender Verwaltungsakte gestatten und im Übrigen unter Vertrauensschutzgesichtspunkten weitgehend Bestandsschutz gewähren, gelten ebenfalls nur im Verhältnis zwischen dem Versicherten und der den Verwaltungsakt erlassenden Verwaltungsbehörde bzw. deren Rechtsnachfolger (z. B. bei der Vereinigung von zwei Krankenkassen) oder Funktionsnachfolger (z. B. bei Aufgabenverlagerung von einer Behörde zur anderen), nicht aber im Verhältnis des Versicherten zu einem nach Kassenwechsel zuständig gewordenen anderen Versicherungsträger, soweit in besonderen gesetzlichen Regelungen keine Bindungswirkung angeordnet worden ist (BSG-Urteil vom 13. Mai 2004 – B 3 P 3/03 R –, RdNr. 18, juris). Da eine solche Regelung für das Leistungsrecht der GKV nicht besteht, wäre die Änderung im Hinblick auf das politisch verfolgte Ziel einer für diese Fälle nahtlosen Leistungsgewährung rechtlich notwendig.

Da die Neuregelung keine Eingrenzung hinsichtlich des Zeitpunkts der Leistungsentscheidung trifft, steht sie im Einklang mit § 155 Abs. 2 Satz 4 SGB V, wonach u. a. Ansprüche aus der Versicherung auch nach Ablauf von 6 Monaten nach der Schließung noch zu erfüllen sind und somit die Regelungen zum Leistungsverweigerungsrecht nach § 155 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V nicht greifen. Das heißt, die Krankenkasse hat auch nach der Schließung noch Leistungsentscheidungen für erfüllungsbedürftige An-



sprüche zu treffen, die sich auf die Zeit vor der Schließung beziehen. Durch die Neuregelung gelten auch diese Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse weiter. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte allerdings klargestellt werden, dass es sich nicht nur um Leistungsentscheidungen handelt, die – im wörtlichen Sinne – durch eine geschlossene Krankenkasse getroffen wurden, sondern auch die – eigentlich von der Neuregelung gemeinten – Leistungsentscheidungen von der Fortgeltung erfasst werden, die die Krankenkasse vor der Schließung oder der Insolvenz getroffen hat.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes erscheint es sachgerecht, Leistungsentscheidungen, die auf der Basis von Satzungsregelungen nach §§ 20d Abs. 2, 23 Abs. 2 Satz 2 und 3, 37 Abs. 2 Satz 4 oder 38 Abs. 2 SGB V getroffen wurden, gegenüber der geschlossenen Krankenkasse mit der Konsequenz fortgeltend zu lassen, dass die geschlossene Krankenkasse diese Ansprüche noch gegenüber dem Versicherten erfüllt.

Sofern auch die aufnehmende Krankenkasse diese Mehrleistung vorsieht, besteht für die geschlossene Krankenkasse im Rahmen der Abwicklung die Möglichkeit, die Aufwendungen im Rahmen von Erstattungsansprüchen nach § 105 SGB X ganz oder teilweise zu kompensieren. Erhält die Krankenkasse nicht alle Kosten erstattet, weil die aufnehmende Krankenkasse die Leistung zwar vorsieht, aber Umfang oder Höhe geringer bzw. niedriger vorgesehen werden, verbleiben die Aufwendungen bei der geschlossenen Krankenkasse und müssten über den Haftungsverbund abgedeckt werden. Dies ist gerechtfertigt, da die Leistungszusage durch die geschlossene Krankenkasse erfolgte und der Vertrauensschutz des einzelnen Versicherten höher wiegt als die dem Haftungsverbund verbleibenden Kosten.

Die in § 19 Abs. 1a Satz 4 SGB V vorgesehene Regelung stellt klar, dass eine Rücknahme von Leistungsentscheidungen möglich und nicht aufgrund der über § 19 Abs. 1a SGB V ausdrücklichen geregelten Weitergeltung von Verwaltungsakten als abschließende Spezialregelung ausgeschlossen ist (§ 37 SGB I). Dies ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Hierzu verweisen wir auf den Änderungsvorschlag in unserer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Drucksache 17/6906) vom 13. Oktober 2011, in der wir uns auch dafür ausgesprochen haben, dass die Entscheidungen über die Gewährung von Leistungen auf der Grundlage von Satzungsregelungen nach §§ 20d Abs. 2, 23 Abs. 2 Satz 2 und 3, 37 Abs. 2 Satz 4 oder 38 Abs. 2 SGB V mit Wirkung



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV BT- Drs. - 17/(14)0192

Seite 7 von 31

für die geschlossene Krankenkasse längstens für ein Jahr fortgelten sol-
len.



Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 10e) (§ 64a SGB V – Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Organisationen auf KV-Bezirksebene, also Kassenärztliche Vereinigung, Landesapothekerverband und Krankenkassenverbänden, wird die Möglichkeit für dreiseitige Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit eröffnet. Die Vorhaben werden auf drei Jahre begrenzt. Projektabsichten in mehreren KV-Bezirken sollen auf ein Modell geeinigt werden. An Einsparungen sind die Leistungserbringer teilweise zu beteiligen, Mehraufwendungen der Krankenkassen sind auszugleichen.

Wird keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt, soll das Landesschiedsamt nach § 89 Abs. 2 SGB V eine Festsetzung treffen. Hierfür wird das Schiedsamt um Vertreter des Apothekerverbandes erweitert und entscheidet mit Zwei-Drittel-Mehrheit.

B) Stellungnahme

Der Antrag greift ein von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) befördertes Konzept auf. Dieses vereint drei Ansätze: Regional wird (nur) für wichtige Krankheiten ein *Medikationskatalog* mit günstigen Standardwirkstoffen für die Grundversorgung festgelegt. Zweitens stellt der Arzt anstelle von Markennamen nur noch *Wirkstoffverordnungen* aus. Drittens werden eingeschriebene Patienten mit sämtlichen Arzneimitteln erfasst und von Arzt und Apotheke in einem *Medikationsmanagement* geführt.

Eine generische Verordnung nach Wirkstoff ist dem Arzt seit 1989 möglich. Der Austausch durch preisgünstige generische Alternativen ist als Regelanwendung längst gesetzlich konzipiert (§§ 73 Abs.5 Satz 2 sowie § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Die Verfahren sind vertraglich sowie organisatorisch eingerichtet, werden auch praktiziert und bedürfen keiner Modellregelung.

Ordnungspolitisch widersprüchlich ist zudem, wenn mit der Option für einen Modellversuch, der eine Freiwilligkeit aller Beteiligten voraussetzt, gleichzeitig eine Schiedsregelung eingeführt wird. Verfehlt ist auch die Erweiterung des Schiedsamtes um eine „dritte Bank“ der Apotheker. Dies würde erstmals eine Beteiligung von vereinsorganisierten Apothekerverbänden an Institutionen mit hoheitlicher Aufgabenwahrnehmung einführen. Bei gleicher Stimmenzahl der Parteien könnten die Krankenkassen regelmäßig überstimmt werden. Eine 2/3-Koalition ist schon aufgrund der gemeinsamen Interessenlage der Leistungserbringer gegeben. Auf die



Krankenkassen könnte dann regelhaft ein Vertragszwang ausgeübt werden.

Der Überlegung, den Medikationskatalog auf Therapieleitlinien zu stützen, kann ebenso nicht gefolgt werden. Nach der BSG-Rechtsprechung definieren Leitlinien nicht das Leistungsspektrum der GKV. Nicht selten werden Empfehlungen als Ergebnis einer Konsensfindung auf der Grundlage von methodisch suboptimalen Studien ausgesprochen. Aus gutem Grund trifft der Gemeinsame Bundesausschuss seine Richtlinien-Entscheidungen evidenzbasiert. Da ein Medikationskatalog im Modellversuch nur einen Teil des Versorgungsspektrums abdeckt, sind Doppelstrukturen für die ärztliche Verordnung, Abgabe in der Apotheke und für die Maßnahmen zur Ausgabensteuerung unvermeidlich. In der Folge wird die Versorgungslandschaft weiter zersplittert.

Auch in finanzieller Hinsicht stellt das diskutierte Modell-Konzept ein besonderes Risiko für die Krankenkassen dar. So sind die für die Infrastruktur notwendigen Investitions- und Vorhaltekosten nicht abschätzbar. Unklar bleibt, wie den Krankenkassen entstehende Mehraufwendungen ausgeglichen werden. Die von den Initiatoren dargestellten Einsparberechnungen sind nicht gesichert. Das Einsparvolumen dürfte deutlich überschätzt und die operativen Kosten deutlich unterschätzt sein. Die negative Bilanz aus nicht realisierbaren Einsparungen gegenüber den Mehraufwendungen führte zur Beendigung des Hausapotheken-Modells einer großen Ersatzkasse.

Der Medikationskatalog platziert sich neben den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Dies wirft sowohl Fragen zum Leistungsanspruch des Versicherten auf als auch zur Kompetenz von Vertragspartnern, neben den richtlinienbasierten Abgrenzungen das Leistungsrecht durch den Medikationskatalog zu bestimmen.

Wettbewerbsrechtlich ist das Konzept fraglich, soweit über die Apothekensoftware Produkte konkret favorisiert und abgegeben werden. Benachteiligte Hersteller werden rechtlich gegen diese Produktselektion vorgehen. Vergleichbare Ansätze wie das „Gemeinsame Aktionsprogramm“ (1999) von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den vormaligen Bundesverbänden der Krankenkassen wurde erfolgreich beklagt und von der Politik wieder verlassen. Die Erfahrungen aus den verschiedenen Anläufen für eine „Positivliste“ sind hinreichend bekannt.

Die dargestellten Vorbehalte werden durch offene Fragen zur praktischen Umsetzung eines solchen Modellvorhabens untermauert. Die Vereinbarung



eines Medikationskataloges erfordert einen zeitlichen Vorlauf. Inhaltlich soll der Katalog nur alle „versorgungsrelevanten Indikationen“ (Volkskrankheiten) erfassen. Für die übrigen Indikationsgebiete müsste die bisherige Versorgungsstruktur parallel aufrecht erhalten werden. Die aufwändige Doppelhaltung führt zu einem Flickenteppich an Regelungen.

Auf Arzteebene wäre die Praxissoftware verpflichtend auszustatten. Entsprechend müssten die mantelvertraglichen Regelungen angepasst werden. Der für den Medikationsplan verantwortliche Arzt müsste sowohl mit den an der Behandlung beteiligten (Fach-) Ärzten als auch mit den Apotheken vernetzt sein, um begleitende Medikationen berücksichtigen sowie Empfehlungen gegenüber Konsultationsärzten formulieren zu können. Kompetenzfragen zwischen Haus- und Facharzt werden regelmäßig zu innerärztlichen Diskussionen führen. Der Hausärzteverband hat das Konzept bereits öffentlich abgelehnt.

Für das Modell geeignete Versicherte (Chroniker) müssten zur Teilnahme motiviert werden und sich zum Beispiel bei einer Apotheke einschreiben. Arzneimittelwerb außerhalb dieser Apotheke wäre entweder obsolet (z.B. aus Versand oder frei verkäufliche Arzneimittel) oder alle Apotheken stehen in einem Informationsverbund. Die fehlende Bereitschaft von Versicherten, sich an Leistungserbringer dauerhaft zu binden und den Arzneimittelgebrauch beobachten zu lassen, hat mit zum Scheitern des vorgenannten Hausapothekenmodells beigetragen. Die Befürworter gehen ohnehin davon aus, dass nur 30 % der Zielgruppe das Angebot freiwillig in Anspruch nehmen.

Damit Arzneimittelinteraktionen und Kontraindikationen zuverlässig abgesichert werden können, ist patientenzentriert eine vollständige Erfassung und Speicherung der Arzneimittel und teilweise der Diagnosen oder therapeutischer Angaben unerlässlich. Lässt man den Erwerb von Arzneimitteln außerhalb der Einschreibe-Apotheke zu, müssten für eine vollständige Erfassung der gesamten Medikation alle Apotheken datentechnisch untereinander vernetzt sein. Dafür fehlt die datenschutzrechtlich gesicherte Infrastruktur bei Ärzten und Apotheken. Die erforderliche IT-Plattform zum Elektronischen Rezept ist seit Jahren in einer erfolglosen Diskussion; die Elektronische Patientenakte ist weder realisiert noch in greifbarer Nähe. Arzneimittelmissbrauch, insbesondere mit selbst erworbenen, frei verkäuflichen Arzneimitteln (z.B. Laxantien, Schmerzmittel) werden die Versicherten jedoch nicht offen legen. Damit ist die angestrebte Komponente zur Arzneimittelsicherheit nicht erreichbar.

Verordnungen aus dem Medikationskatalog sollen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden (§ 106 SGB V). Da bei Weitem nicht al-



le ärztlichen Verordnungen über den Medikationskatalog laufen, ist für die anderen Verordnungen das Konzept der Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufrecht zu erhalten, von der KBV selbst mit mindestens einem Drittel der Verordnungen eingeschätzt. Dies bedeutet abermals Doppelaufwendungen für die Festlegung der Prüfgrenzen und Durchführung der Verfahren.

Im Ergebnis ist das durch die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beförderte Konzept zur Arzneimittelversorgung nicht geeignet, die darin gesetzten Erwartungen zu erfüllen. Es dient vielmehr dem erklärten Ziel, Ärzte von der Wirtschaftlichkeitsprüfung frei zu stellen und für beide Heilberufe neue, ungedeckelte Honorarpositionen zu eröffnen.

Von daher gibt es ordnungspolitisch keinen Anlass, im laufenden Gesetzgebungsverfahren eine besondere Rechtsgrundlage für einen Modellversuch einzurichten. Der bestehende Rechtsrahmen ist für solche Vorhaben ausreichend. Aus den gleichen Gründen ist die aus der Schiedslösung resultierende gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung eines Modellvorhabens abzulehnen, insbesondere weil damit Finanzierungspflichten für die Krankenkassen unausweichlich sind. Wenn der Politik an einem Modellvorhaben gelegen ist, sollte eher über die Bereitstellung von Fördermitteln und einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation nachgedacht werden.

C) Änderungsvorschlag

Falls dennoch an einem Modellversuch mit Schiedsamtlösung festgehalten werden soll, sind aus Sicht der Krankenkassen folgende Modifizierungen unverzichtbar:

1. Ein solches Modell ist nur für eine singuläre Region in Deutschland vorzusehen.
2. Wenn auf eine Schiedsamtlösung nicht verzichtet werden soll, ist das Stimmverhältnis zwischen Krankenkassen- und Leistungserbringerseite ausgeglichen zu gestalten.
3. Gleichzeitig ist der Rahmen so zu setzen, dass keine Vorfinanzierung der Leistungen durch die Krankenkassen durchgesetzt werden können. Vielmehr ist die Beteiligung der Heilberufe an den Einsparungen als nachträgliche Ausschüttung vorzusehen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV BT- Drs. - 17/(14)0192

Seite 12 von 31

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1 Nummer 16 – neu – (§ 79 SGB V – Amtsdauer der KV-Vorstände)

- A) Beabsichtigte Neuregelung**
Regelung zur Amtsdauer der KV-Vorstände.

- B) Stellungnahme**
Der Änderungsvorschlag wird begrüßt.

- C) Änderungsvorschlag**
Keiner.



Änderungsantrag 6

Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 87a SGB V – Zuschläge auf den Orientierungswert)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung bezieht sich auf die Neuregelung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87 a Abs. 2.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Richtigstellung.

Die Neuregelung wird insgesamt abgelehnt; siehe hierzu Stellungnahme zur vorgesehenen Änderung durch Artikel 1 Nr. 23 Buchstabe b) Doppelbuchstabe dd) im Gesetzentwurf eines GKV-VStG, Drucksache 17/6906.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird insgesamt abgelehnt.



Änderungsantrag 7

Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 87b SGB V – Vernetzte Praxen, Fachgruppenbezeichnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in § 87b soll den Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig ermöglicht werden, gesonderte Vergütungsvereinbarungen für vernetzte Praxen zu genehmigen. Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung von vernetzten Praxen sollen durch die KBV und den GKV-Spitzenverband festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Für die vorgeschlagene besondere Förderung von Praxisnetzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird kein Bedarf gesehen.

Falls dennoch eine Förderung erfolgen soll, ist in jedem Fall die alleinige Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Zuordnung von Budgets an Praxisnetze abzulehnen; stattdessen ist das Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen zwingend erforderlich, um keine Gefahr für die freie Arztwahl der Versicherten und keinen Widerspruch zum Prinzip der Förderung von neuen Versorgungsformen durch den Vertragswettbewerb zu erzeugen. Im Begründungsteil sollte das Wort „Betreuung“ gestrichen werden, um Missverständnissen hinsichtlich des Leistungsumfangs solcher Kooperationen vorzubeugen.

C) Änderungsvorschlag

Folgende Worte nach § 87b Absatz 2 Satz 2 nach den Worten „Kassenärztliche Vereinigung“ werden ergänzt:

„im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen“

In der Begründung ist das Wort „Betreuung“ zu streichen.



Änderungsantrag 8

Zu Artikel 1 Nummer 26 (§ 87d SGB V – Behandlungsbedarf 2012)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung der Nummer 1 wird redaktionell richtig gestellt, dass auch im Jahr 2012 bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs und der Gesamtvergütung die Veränderung der Zahl der Versicherten der Krankenkassen zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Eine Nichtberücksichtigung der Zahl der Versicherten würde zu einer Verzerrung der Vergütungen zwischen den Krankenkassen führen. Der Änderungsvorschlag wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV BT- Drs. - 17/(14)0192

Seite 16 von 31

Änderungsantrag 9

**Zu Artikel 1 Nummer 31 (§ 95 Absatz 6 SGB V – Wegfall der Gründungsvoraus-
setzung für MVZ)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung der Neuregelung um eine Frist von 6 Monaten.

B) Stellungnahme

Dem Änderungsvorschlag wird zugestimmt.

Siehe auch Stellungnahme zur Neuregelung durch Artikel 1 Nr. 31.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Änderungsantrag 10

Zu Artikel 1 Nummer 41a - neu - (§ 115b SGB V - Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll der Vertrag zum Ambulanten Operieren (dreiseitige Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung) auch Leistungen umfassen, die auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit (Kooperation) des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden. Neben angestellten Ärzten des Krankenhauses und Belegärzten sollen dementsprechend künftig auch niedergelassene Vertragsärzte ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus durchführen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es für die beabsichtigte Neuregelung keinen Handlungsbedarf im Bereich des § 115 b SGB V.

Das BSG hat mit seiner Entscheidung vom 23.03.2011 (Az. B 6 KA 11/10 R) klargestellt, dass im Rahmen des § 115 b SGB V in Verbindung mit dem AOP-Vertrag ambulante Operationen nur möglich sind, wenn entweder sowohl der Operateur als auch der Anästhesist Ärzte des Krankenhauses oder der Operateur ein an dem Krankenhaus tätiger Belegarzt und der Anästhesist ein Arzt des Krankenhauses sind. Nur in diesen Kooperationsformen hat § 115b SGB V in Verbindung mit dem AOP-Vertrag den Krankenhäusern die Möglichkeiten zur Durchführung von ambulanten Operationen und zur Mitwirkung an ihnen eingeräumt. Das BSG ist in dem AOP-Urteil auch ausdrücklich auf die in den AOP-Vertrag 2010 aufgenommene Regelung der Präambel eingegangen, wonach auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zulässigen neuen Kooperationsformen umfasst sind. Daraus kann nach Ansicht des BSG nicht allgemein die Gestattung aller denkbaren Kooperationsformen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern abgeleitet werden.

Es ist nicht im Interesse der Krankenkassen, jedwede - im Abrechnungsverhalten nicht mehr überprüfbare - Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern gerade im Bereich der ambulanten Operationen zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband teilt die Rechtsauffassung des BSG in den o. g. Punkten. Ein ungeordnetes Nebeneinander der verschiedenen Ordnungsrahmen niedergelassener Vertragsärzte und ambulant tätiger Krankenhäuser bei gleichzeitiger Möglichkeit der Kooperation mit



Honorärärzten ist weniger „sinnvoll funktionierende Zusammenarbeit“ als ungeordnete Abrechnungspraxis je nach Gebührenordnungshöhe und Gusto. Insbesondere deutlich wird dies z. B. im Hinblick auf die von den Bundesländern getragenen Investitionskosten der Krankenhäuser im Kontrast zu niedergelassenen Vertragsärzten. Einzelne Korrekturen innerhalb des fragmentierten Rechtsrahmens ambulanter Leistungen am Krankenhaus lehnt der GKV-Spitzenverband dagegen ab und verweist auf seine Stellungnahme zu § 116b SGB V im Kontext der spezialärztlichen Leistungserbringung. Ein fairer Wettbewerb benötigt einen einheitlichen und fairen Wettbewerbsrahmen, dieser ist bislang nicht geschaffen worden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.



Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nummer 52 (§137 SGB V – Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer bei Richtlinien zur Qualitätssicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Erstellung von Richtlinien zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung sollen künftig neben der Bundesärztekammer auch, soweit die Berufsausübung von Psychotherapeuten oder Zahnärzten betroffen ist, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer als Beteiligte einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung wird begrüßt. Die Klarstellung und Ergänzung bestätigt die zuletzt bereits geübte Praxis und unterstützt die Trägerorganisationen, die Beratung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im G-BA sachgerecht durchzuführen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 59b - neu - (§ 146a SGB V - Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit der Neuregelung wird ein Mindestzeitraum bestimmt, den die Aufsichtsbehörden bei Schließung einer Allgemeinen Ortskrankenkasse zu berücksichtigen haben: Zwischen dem Zustellungstag des Schließungsbescheides und dem Wirksamwerden der Schließung müssen mindestens acht Wochen liegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Festlegung eines Mindestzeitraumes wird begrüßt. Nach den Erfahrungen der Krankenkassen im Fall der Schließung der CITY BKK zum 30.06.2011 wird aber eine gesetzliche Mindestfrist von drei Monaten zwischen Schließungsanordnung und Schließungszeitpunkt empfohlen. Diese Frist wird als erforderliche Vorlaufzeit für die organisatorischen Vorkehrungen bei den aufnehmenden Krankenkassen angesehen, zu denen u. a. die notwendige Personaleinsatzplanung, die Information und spezielle Qualifizierung der Kundenberater/-innen sowie technische Anpassungen zählen. Des Weiteren garantiert diese längere Frist eher die anzustrebende Kontinuität der Leistungsgewährung an Versicherte, die im laufenden Leistungsbezug stehen. Die dreimonatige Frist ist zudem auf die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene längere Frist zur Wahlrechtsausübung der Versicherten nach § 175 Abs. 3a SGB V -neu- (zehn statt sechs Wochen) abgestimmt (vgl. Stellungnahme des GKV-SV zum Änderungsantrag 17 der Fraktionen von CDU/CSU und FDP vom 10.10.2011).

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 12 wird die Angabe „acht“ durch die Angabe „zwölf“ ersetzt.



Änderungsantrag 13

Zu Artikel 1 Nummer 59c - neu - (§ 153 SGB V - Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit der Neuregelung wird ein Mindestzeitraum bestimmt, den die Aufsichtsbehörden bei Schließung einer Betriebskrankenkasse zu berücksichtigen haben: Zwischen dem Zustellungstag des Schließungsbescheides und dem Wirksamwerden der Schließung müssen mindestens acht Wochen liegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung entspricht der Änderung im Organisationsrecht der Ortskrankenkassen (Änderungsantrag 12). Auf die zugehörige Stellungnahme wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 13 wird die Angabe „acht“ durch die Angabe „zwölf“ ersetzt.



Änderungsantrag 14

Zu Artikel 1 Nummer 60 (§ 155 SGB V – Hinweispflichten des Abwicklungsvorstandes)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag 14 werden die in Artikel 1 Nr. 60 vorgesehenen neuen Informationspflichten des Abwicklungsvorstandes ergänzt um die Verpflichtung, die einzelnen Mitgliedergruppen auf die besonderen Fristen zur Krankenkassenwahl nach § 175 Abs. 3a SGB V –neu– und die Folgen einer nicht fristgerechten Wahlrechtsausübung hinzuweisen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 60 verwiesen.

Außerdem sollte die zu schließende bzw. insolvente Krankenkasse ergänzend die zur Meldung verpflichtete Stelle darüber informieren, dass das Mitglied bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eine neue Krankenkasse zu wählen hat bzw. die Meldestelle gegebenenfalls eine Anmeldung bei der letzten Krankenkasse des Mitglieds oder die ersatzweise Ausübung des Krankenkassenwahlrechts vorzunehmen hat.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag zur vorgesehenen Regelung.

Ergänzend wird vorgeschlagen folgende weitere Sätze dem § 155 Abs. 2 anzufügen: „Die zu schließende oder insolvente Krankenkasse informiert die zur Meldung verpflichtete Stelle schriftlich über die Schließung bzw. Insolvenz und den Zeitraum des auszuübenden Krankenkassenwahlrechts bzw. der ersatzweise vorzunehmenden Anmeldung bei der letzten Krankenkasse des Versicherungspflichtigen.“



Änderungsantrag 15

Zu Artikel 1 Nummer 60a - neu - (§ 163 SGB V - Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit der Neuregelung wird ein Mindestzeitraum bestimmt, den die Aufsichtsbehörden bei Schließung einer Innungskrankenkasse zu berücksichtigen haben: Zwischen dem Zustellungstag des Schließungsbescheides und dem Wirksamwerden der Schließung müssen mindestens acht Wochen liegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung entspricht der Änderung im Organisationsrecht der Ortskrankenkassen (Änderungsantrag 12). Auf die zugehörige Stellungnahme wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 15 wird die Angabe „acht“ durch die Angabe „zwölf“ ersetzt.



Änderungsantrag 16

Zu Artikel 1 Nr. 60b - neu - (§ 170 SGB V - Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit der Neuregelung wird ein Mindestzeitraum bestimmt, den die Aufsichtsbehörden bei Schließung einer Ersatzkasse zu berücksichtigen haben: Zwischen dem Zustellungstag des Schließungsbescheides und dem Wirksamwerden der Schließung müssen mindestens acht Wochen liegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung entspricht der Änderung im Organisationsrecht der Ortskrankenkassen (Änderungsantrag 12). Auf die zugehörige Stellungnahme wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 16 wird die Angabe „acht“ durch die Angabe „zwölf“ ersetzt.



Änderungsantrag 17

zu Artikel 1 Nummer 64 (§ 175 Abs. 3a SGB V – Ausübung des Wahlrechts bei Kassenschließung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheides oder der Stellung des Insolvenzantrages der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht vorgelegt, nimmt die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen das Ersatzwahlrecht vor. Für freiwillige Mitglieder und solche, für die keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, gilt zur aktiven Ausübung des Wahlrechts anstelle der vorgenannten Sechs-Wochen-Frist eine Frist von drei Monaten.

B) Stellungnahme

Das Vorziehen des Wahlrechts bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse wird in grundsätzlicher Hinsicht für sachgerecht erachtet. Dadurch kann im Regelfall sichergestellt werden, dass der Wechsel der versicherungspflichtigen Mitglieder und vieler freiwilliger Mitglieder im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung bzw. der Eröffnung des Insolvenzverfahrens vollzogen ist.

In verfahrenspraktischer Hinsicht bedarf es allerdings einer Mindestfrist von zwölf Wochen zwischen der Zustellung des Schließungsbescheides und dem Zeitpunkt, zu dem die Schließung wirksam wird. Die Mindestfrist berücksichtigt die im Zuge der Schließung der CITY BKK gemachten Erfahrungen, die zur Entzerrung des administrativen Aufwandes der Krankenkasse einen Zeitkorridor von gut drei Monaten zwischen Schließungsbescheid und Schließungszeitpunkt sinnvoll erscheinen lassen.

In der Folge sollte auch die Frist zur vorgezogenen Ausübung des Wahlrechts von sechs Wochen auf zehn Wochen verlängert werden. Das Ersatzwahlrecht ist bei Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung anschließend innerhalb von zwei Wochen durch die zur Meldung verpflichtete Stelle vorzunehmen. Damit werden gleichzeitig die Fristen zur Wahlrechtsausübung zwischen versicherungspflichtigen Mitgliedern und Mitgliedern, die keine zur Meldung verpflichtete Stelle haben (z. B. freiwillige Mitglieder), weitgehend angeglichen.

C) Änderungsvorschlag

In dem neu geschaffenen § 175 Abs. 3a SGB V ist die in Satz 1 genannte Frist von sechs Wochen durch eine Frist von zehn Wochen zu ersetzen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV BT- Drs. - 17/(14)0192
Seite 26 von 31

In den §§ 146a, 153, 163, 170 SGB V ist jeweils im Satz 2 der Mindestzeit-
raum, der von der Aufsichtsbehörde bei Schließung einer Krankenkasse
einzuhalten ist, von acht Wochen auf zwölf Wochen zu erhöhen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV BT- Drs. - 17/(14)0192

Seite 27 von 31

Änderungsantrag 18

Zu Artikel 1 Nummer 70a - neu - (§ 251 SGB V - Datenschutzrechtliche Regelungen bei der Prüfung der Direktzahler)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Möglichkeit eröffnet, die Prüfung der Beitragszahlungen der angesprochenen Direktzahler (insbesondere Künstlersozialkasse, Bundesagentur für Arbeit sowie die zugelassenen kommunalen Träger) künftig durch die Krankenkassen mit deren Zustimmung im Auftrag des Bundesversicherungsamtes durchzuführen. Gleichzeitig werden die hierfür erforderlichen datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen definiert.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Änderungsantrag 19

Zu Artikel 1 Nummer 70b (§ 252 SGB V – Zwangsgeld bei fehlenden oder unvollständigen Monatsabrechnungen Sonstige Beiträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll den Aufsichtsbehörden die Möglichkeit eingeräumt werden, in den Fällen der nicht fristgerechten Abgabe von vollständigen und inhaltlich richtigen Monatsabrechnungen „Sonstige Beiträge“ durch die Krankenkassen, vermeintlich angemessene Zwangsmittel gegenüber den betroffenen Krankenkassen in einer Größenordnung von bis zu 50.000 Euro anzuwenden.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die mit Einführung des Gesundheitsfonds notwendig gewordene Etablierung einer ergänzenden Monatsabrechnung für sonstige Beiträge ist der GKV – abgesehen von vereinzelt Anlaufschwierigkeiten – trotz der damit einhergegangenen umfangreichen Umsetzungserfordernisse im IT-Bereich zeitnah gelungen. Allerdings kommt es bei einigen Krankenkassen vereinzelt zu Verfahrensschwierigkeiten; gegenwärtig sind hiervon rund 30 Krankenkassen betroffen, die allerdings intensiv von den betroffenen Systemhäusern betreut werden und dabei zielgerichtete Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt bekommen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die bestehenden Verfahrensfriktionen lediglich temporärer Natur sind und kurzfristig abgestellt werden.

Angesichts dieser Gemengelage halten wir die vorgesehene Regelung, nach der die Aufsichtsbehörden künftig derartige Umsetzungsschwierigkeiten mit einem Zwangsgeld belegen können, für überzogen und in Anbetracht der tatsächlichen Gegebenheiten auch nicht für angemessen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung sollte ersatzlos gestrichen werden.



Änderungsantrag 21

Zu Artikel 4 Nummer 01 - neu - (§ 25 SGB XI - Verlängerung der Familienversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt die Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf die Verlängerungstatbestände der Familienversicherung auch in der Pflegeversicherung sicher. Sie übernimmt die inhaltsgleichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. entsprechende Änderung des § 10 SGB V). Damit führen ab dem 1. Juli 2011 Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren Freiwilligendienstes (z. B. Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer) zur Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus, wenn hierdurch eine Schul- oder Berufsausbildung verzögert oder unterbrochen worden ist.

B) Stellungnahme

Die Ausführungen zu dem Änderungsantrag betreffend die Verlängerung der Familienversicherung in der Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nr. x zu § 10 SGB V) gelten entsprechend.

C) Änderungsvorschläge

Die Ausführungen zu dem Änderungsantrag betreffend die Verlängerung der Familienversicherung in der Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nr. 1b zu § 10 SGB V) gelten entsprechend.



Änderungsantrag 22

**Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 60 Abs. 3 SGB XI – Prüfung der Direktzahler für die
Pflegeversicherungsbeiträge)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Berechtigung des Bundesversicherungsamtes als Verwalter des Gesundheitsfonds zur Prüfung der Beitragszahlungen der sog. Direktzahler sowie die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf neu vorgesehene Ermächtigung des Bundesversicherungsamtes, eine Krankenkasse oder einen Landesverband mit der Durchführung der Prüfung zu beauftragen, sollen gleichermaßen für die Pflegeversicherungsbeiträge gelten.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Änderungsantrag 25

Zu Artikel 11b - neu - (§ 78 Abs. 1 AMG - Großhandelszuschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben der „klassischen“ Versorgungskette vom pharmazeutischen Unternehmer über den Großhandel an die Apotheken zur Abgabe an Patienten besteht die Möglichkeit des sog. Direktvertriebs, soweit der Hersteller unmittelbar an Apotheken liefert. Damit verbindet sich die Frage, ob der Großhandelszuschlag nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung für Lieferungen im Direktvertrieb gilt.

Mit der beabsichtigten Rechtsänderung wird klargestellt, dass auch im Direktvertrieb die Preisbildung für verschreibungspflichtige Arzneimittel einschließlich der Beschränkung von Rabattgewährungen verbindlich sind, wenn der pharmazeutischen Unternehmer die Großhandelsfunktion übernimmt. Gleiches soll für die Fallgestaltung gelten, soweit Apotheken Arzneimittel nicht an Verbraucher sondern als Zwischenhändler an andere Apotheken abgeben. Damit wird erreicht, dass der Direktvertrieb für die Apotheken nicht günstiger gerät als der Bezug über den Großhandel.

B) Stellungnahme

Die wettbewerbsordnende Klarstellung zur Preisbindung für den Zwischenhandel (Großhandelsfunktion) ist sachgerecht und zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

