Berlin, im Mai 2009
Stellungnahme Nr. 33/2009
abrufbar unter www.anwaltverein.de

Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins

durch den Medizinrechtsausschuss

und den Sozialrechtsausschuss

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- **Bundestags-Drucksache 16/12256**
- **Bundestags-Drucksache 16/12677 (Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung) -**

Mitglieder des Medizinrechtsausschusses:

Rechtsanwalt Dr. Bernd Luxenburger, Saarbrücken (Vorsitzender)
Rechtsanwalt Rainer Beeretz, Freiburg
Rechtsanwalt Prof. Dr. Franz-Josef Dahm, Essen
Rechtsanwalt Dr. Karl-Heinz Möller, Düsseldorf
Rechtsanwalt Reinhold Preißler, Fürth
Rechtsanwalt Dr. Rudolf Ratzel, München
Rechtsanwalt Arno Schubach, Koblenz
Rechtsanwalt Christoph Stegers, Berlin

Berichterstatter für den Medizinrechtsausschuss:

Rechtsanwalt Dr. Valentin Saalfrank, Köln
Leiter der Arbeitsgruppe Arzneimittel-/ Medizinprodukte-/Apothekenrecht der AG Medizinrecht des DAV

zuständige DAV-Geschäftsführerin:

Rechtsanwältin Dr. Katharina Freytag

Mitglieder des Sozialrechtsausschusses:

Rechtsanwalt Prof. Dr. Hermann Plagemann,
Frankfurt/M., (Vorsitzender und Berichterstatter)
Rechtsanwältin Dr. Astrid von Einem, Köln
Rechtsanwalt Reinhard Holterman, München
Rechtsanwalt Michael Klatt, Oldenburg
Rechtsanwalt Ronald Richter, Hamburg

zuständige DAV-Geschäftsführerin:

Rechtsanwältin Bettina Bachmann

Verteiler:

- Bundesministerium der Justiz
- Bundesministerium für Gesundheit
- Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
- An den Rechtspolitischen Sprecher der SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag
- An den Rechtspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages
- An den Rechtspolitischen Sprecher der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag
- An den Rechtspolitischen Sprecher der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag
- An den Rechtspolitischen Sprecher der Fraktion die Linke im Deutschen Bundestag
- Rechtsausschuss des Bundesrates
- Ministerien für Gesundheit und Soziales der Länder
- Bundesärztekammer
- NJW
- MedizinRecht.de
- Gesundheitsrecht (Zeitschrift von Otto Schmidt)
- MedR - Medizinrecht
- Bundesverband der Freien Berufe
- Bundesgerichtshof, Bibliothek
- Vorstand und Geschäftsführung des DAV
- Landesverbände des DAV
- Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des DAV
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht
- Medizinrechtsausschuss
- Arbeitskreise Recht der im Bundestag vertretenen Parteien
- Deutscher Richterbund
- Deutscher Steuerberaterverband
- Vorsitzende des FORUMs Junge Anwaltschaft
- Bundesrechtsanwaltskammer
- Bundesnotarkammer
- Deutscher Juristinnenbund
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Deutscher Ärztinnenbund
- Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände (BDÄ)
- Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
- Deutscher Kassenarztverband e. V.
- Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V.
- Marburger Bund
- ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Bund und Länder, Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte
- ASR
- NSZ

„Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV mit derzeit ca. 67.000 Mitgliedern vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene."

Der Deutsche Anwaltverein wurde gebeten, zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Drucksache 16/12256) Stellung zu nehmen. Er hat sich bereits im Januar 2009 schriftlich zum Referentenentwurf vom 22. Dezember 2008 geäußert und stellt fest, dass seine Anregungen jedenfalls teilweise in den Gesetzesentwurf der Bundesregierung eingeflossen sind.

Ergänzend zu seinen bisherigen Ausführungen erlaubt sich der Deutsche Anwaltverein (DAV) durch den Medizinrechtsausschuss und den Sozialrechtsausschuss zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung folgende Anmerkungen:

A: Anmerkungen des Medizinrechtsausschusses des DAV

Artikel 1: Änderung des Arzneimittelgesetzes

Zu Ziffer 4: *Rekonstitution*

Der Gesetzesentwurf beinhaltet eine Definition der Rekonstitution (§ 4 Abs. 31). Mit ihr wird die Überführung eines zugelassenen, von der Pflicht zur Zulassung freigestellten, registrierten oder genehmigten Humanarzneimittels in seine anwendungsfähige Form gemäß den Angaben in der Packungsbeilage beschrieben. Ausweislich der Begründung sollten hiermit ausschließlich einfache Herstellungsprozesse erfasst sein. Dieses Anliegen steht in Einklang mit Anhang 13 des EG-GMP Leitfadens.

Indessen wird der Gesetzesentwurf diesem Anliegen nicht gerecht. Denn die Formulierung zu § 4 Abs. 31 unterscheidet nicht zwischen einfachen und anspruchsvollen Herstellungsprozessen und umfasst daher nach seinem Wortlaut auch höchstanspruchsvolle Herstellungsschritte selbst mit sog. cmr-Arzneimitteln, die aufgrund ihrer krebserzeugenden, erbgutverändernden und fortpflanzungsgefährdenden Potentiale unter besonderen personellen, räumlichen und sächlichen Bedingungen durchzuführen sind.

Der Deutsche Anwaltverein regt daher an, in § 4 Abs. 31 folgenden Satz einzufügen:

> „Um eine Rekonstitution handelt es sich nicht, wenn der Herstellungsvorgang pharmazeutische Kompetenz bzw. besondere räumliche oder sächliche Ausstattung erfordert."

Zu Ziffer 22: *Ausnahmen von der arzneimittelrechtlichen Zulassungspflicht*

Die Gesetzesvorlage sieht eine vollständige Neuformulierung des § 21 Abs. 2 Nr. 1b vor.

Der Deutsche Anwaltverein regt an, § 21 Abs. 2 Nr. 1b Ziffer a) zu präzisieren und Ziffer b) so zu fassen, dass eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung für alle Spezialrezepturen möglich bleibt. Er hält an seinen mit Schreiben vom Januar 2009 geäußerten Bedenken gegen die beabsichtigte Änderung dieser Norm fest:

Mit der 14. AMG Novelle hat der Gesetzgeber den Fertigarzneimittelbegriff erweitert auf solche Arzneimittel, die zwar aufgrund eines Rezeptes, jedoch gewerblich außerhalb von Apotheken hergestellt werden. Er umfasst daher auch Rezepturen, die gewerblich tätige Hersteller im Lohnauftrag für Apotheken herstellen. Sie unterliegen nur deshalb nicht der Zulassungspflicht gemäß § 21 Abs. 1 AMG, weil § 21 Abs. 2 Nummer 1b AMG insoweit eine Ausnahme vorsieht.

Der Referentenentwurf zur 15. AMG-Novelle hat diesen weit gefassten Ausnahmetatbestand auf den Sachverhalt der Neuverblisterung von Arzneimitteln eingeschränkt. Mit dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf sind folgende Ausnahmetatbestände genannt:

> „Andere als in § 21 Abs. 2 Nr.1a genannte Arzneimittel, die
>
> a) für einzelne Personen auf Grund einer Rezeptur als Therapieallergene
> b) auf Grund einer Rezeptur für Apotheken, denen eine entsprechende Verschreibung vorliegt, aus im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassenen Arzneimitteln als patientenindividuelle Zytostatikazubereitung oder für die parenterale Ernährung
> c) als neue patientenindividuell zusammengestellte Blister für Apotheken aus im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassenen und unveränderten Arzneimitteln oder
> d) medizinische Gase sind und die für einzelne Personen aus im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassenen Arzneimitteln durch Abfüllen und Kennzeichnen in Unternehmen, die nach § 50 zum Einzelhandel mit Arzneimitteln außerhalb von Apotheken befugt sind,

hergestellt werden.“

Im Einzelnen:

Ziffer a)

Die Formulierung in Ziffer a) ist unklar. Sie bezieht sich nach ihrem Wortlaut auf Rezepturen, die ohnehin keiner arzneimittelrechtlichen Zulassungspflicht unterworfen sind. Tatsächlich wird mit der Regelung beabsichtigt sein, Apotheken für die Versorgung der Bevölkerung mit Therapieallergenen eine Herstellung in industriellem Maße (Kloesel/Cyran, § 21 Rdnr. 41) bzw. die Zusammenarbeit mit gewerblichen Herstellbetrieben zu ermöglichen. Dies lässt sich aus dem derzeitigen Wortlaut jedoch nicht ableiten.

Wir schlagen daher vor, den Wortlaut wie folgt zu fassen:

„ für einzelne Personen aufgrund einer Rezeptur als Therapieallergene industriell oder für Apotheken…“

Ziffer b)

Auch die nun vorliegende Formulierung wird aus Sicht des Anwaltvereins verfassungsrechtlichen Vorgaben sowie dem Ziel, die Versorgung der Bevölkerung flächendeckend auch mit Spezialrezepturen sicherzustellen, nicht gerecht.

Zum einen ist anzumerken, dass die im Gesetzesentwurf gewählte Formulierung unter Berücksichtigung der Begründung der Bundesregierung zu eng gefasst ist. Danach sollen u.a. auch solche Zubereitungen nicht der Zulassungspflicht unterliegen, die keine Zytostatika sind, aber die zytostatische Therapie ergänzen. Um dies umzusetzen, sollte das Tatbestandsmerkmal „Zytostatikazubereitung“ durch das auch in § 129 Abs. 5 SGB V nunmehr vorgesehene Merkmal „Zubereitungen in der Onkologie“ ersetzt werden.

Des weiteren sind die im Regierungsentwurf genannten Spezialrezepturen nicht die einzigen Rezepturen, für deren Herstellung der ganz überwiegende Teil der Apotheken die professionelle Hilfe spezialisierter Lohnherstellerbetriebe benötigt, die auf Grundlage einer Herstellungserlaubnis gemäß § 13 AMG eine qualitativ hochwertige Herstellung garantieren. Hierzu zählen z.B. Dialyselösungen, Antibiotika, Zubereitungen für HIV-Patienten und Rezepturen für die Behandlung von Patienten nach Knochenmarktransplantation. Die Herstellung dieser Arzneimittel ist ebenfalls ohne besondere apparative Ausstattung nicht möglich. Weshalb sich der Gesetzesentwurf dennoch darauf beschränkt, allein Zubereitungen für die parenterale Ernährung bzw. Zytostatikazubereitungen von einer Zulassungspflicht

auszunehmen, erschließt sich nicht. Dies erscheint sowohl im Hinblick auf Art. 3 GG als auch im Hinblick auf einen den betroffenen Unternehmen einzuräumenden Bestandsschutz bedenklich. Zumindest bedarf es der Aufnahme einer Übergangsregelung in § 144 der Gesetzesvorlage (Ziffer 77). Eine Ausnahmevorschrift ist auch nicht systemwidrig, weil die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in den Händen der Apotheken verbleibt, die zur Qualitätssicherung besonders spezialisierte Betriebe beauftragen.

EG-rechtlich ist eine arzneimittelrechtliche Zulassung für solche Arzneimittel nicht zu fordern. Denn der Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel, welcher in Art. 6 Abs. 1 das Erfordernis einer solchen Zulassung regelt, nimmt hiervon gemäß Art. 3 Rezepturarzneimittel aus. Auch die Herstellung einer Spezialrezeptur im Lohnauftrag für eine Apotheke geschieht in Verantwortung der Auftragsapotheke, die allein einen Herstellungsschritt, den sie selbst nicht ausführen kann, auf einen geeigneten Hersteller mit Herstellungserlaubnis gemäß § 13 AMG auslagert. Die Apotheke behält jedoch auf Grundlage eines abzuschließenden Lohnherstellervertrages die volle Kontrolle über die von ihr gemachten Vorgaben und die tatsächlichen in ihrem Auftrag durchgeführten Herstellungsvorgänge. Deutlich wird dies u.a. im EG-GMP-Leitfaden, Kapitel 7, welcher die Verantwortlichkeiten des Auftraggebers und des Auftragnehmers in einzelnen regelt. Demnach sind es nach wie vor die Apotheken, welche – obgleich sie Herstellungsvorgänge auslagern – die Versorgung der Bevölkerung auch mit Spezialrezepturen wahrnehmen, die sie allerdings selbst nicht herstellen können. Es ist gerade das Ziel der im Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel vorgesehenen Regelung, die individuelle Versorgung mit Arzneimitteln dort zu ermöglichen, wo eine Apotheke auf Grundlage ihrer Fachkompetenz verantwortlich zeichnet. Dies muss jedenfalls dann gelten, wenn sich die Herstellung auf Zubereitungen aus bereits zugelassenen Fertigarzneimitteln bezieht.

Wir schlagen daher folgenden Wortlaut vor:

> b) …zu ihrer Herstellung besondere personelle oder räumliche oder sächliche Mittel voraussetzen, die nicht in jeder Apotheke vorhanden sein müssen, für Apotheken, denen eine entsprechende Verschreibung vorliegt, aufgrund einer Rezeptur aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassenen Arzneimitteln als patientenindividuelle Zubereitungen…“ (…hergestellt werden)

Artikel 7: Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Ziffer 1

Die Änderung in § 1 Abs. 3 Nr. 8 AMPreisV ist nach Auffassung des Anwaltvereins nicht geglückt.

Obwohl § 1 Abs. 3 Nr. 8 AMPreisV Fertigarzneimittel für parenterale Zubereitungen ausweislich der Gesetzesbegründung ausschließlich in Bezug auf die Einkaufspreise von der arzneimittelpreisrechtlichen Bindung befreit, gibt die Norm nach ihrem derzeitigen Wortlaut die Preisgestaltung zur Gänze frei. Denn § 1 Abs. 3 AMPreisV bezieht sich nicht etwa auf den Einkauf, sondern auf die Abgabe von Arzneimitteln. Demnach sind weder der Einkaufspreis noch der Apothekenabgabepreis reguliert. Sind solche Zubereitungen aus dem Anwendungsbereich ausgenommen, so erübrigt sich auch die Frage nach eventuellen Vergütungsvorgaben, wie sie in §§ 4, 5 AmPreisV vorgesehen sind.

Der Deutsche Anwaltverein regt daher an, § 1 Abs. 3 Nr. 8 zu streichen und in einem weiteren Absatz wie folgt zu formulieren:

> „Auf den Bezug von Fertigarzneimitteln durch Apotheken zur Herstellung parenteraler Zubereitungen findet die Arzneimittelpreisverordnung keine Anwendung."

Artikel 15: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Ziffer 7 - § 128 SGB V

§ 128 SGB V regelt u.a. das Verbot von Zuwendungen zwischen Leistungserbringern. Die im Gesetzesentwurf enthaltene Fassung dehnt dieses Verbot auf die Verordnung von Arzneimitteln und sonstigen Leistungen nach §§ 31 und 116b SGB V aus. Ziel ist es, auszuschließen, dass Vorteile im Zusammenhang mit der Versorgung von Versicherten ohne Wissen und Beteiligung der Krankenkassen gewährt werden. Vereinbarungen mit Krankenkassen, die finanzielle Anreize beinhalten, bleiben aber zulässig.

Tatsächlich sind Verbote der Zusammenarbeit für Angehörige der Heilberufe bereits in anderen Spezialgesetzen (§ 11 Apothekengesetz) bzw. in den für die Berufsträger verbindlichen Berufsordnungen (vgl. §§ 31, 34 MBO Ärzte) geregelt. Die Aufnahme einer Verbotsnorm im Sozialgesetzbuch ist daher nicht erforderlich und im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenz der Länder zur Regelung der Berufsausübung der zugelassenen Heilberufe fragwürdig.

> Der Deutsche Anwaltverein schlägt daher vor, auf die Regelung gemäß § 128 Abs. 6 SGB V zu verzichten.

Darüber hinaus ist die Regelung zu weitreichend. Sie greift unangemessen in die Rechtsbeziehungen der beteiligten Handelsstufen ein. Denn es fehlt die Klarstellung, dass der übliche geschäftliche Verkehr, der sich im Rahmen des geltenden Rechts bewegt (insbesondere Arzneimittelpreisverordnung), innerhalb der Handelskette (Pharmazeutischer Unternehmer/Großhandel/Apotheke/sonstige Anbieter) von dem Verbot nicht erfasst ist.

Ziffer 8 - § 129 SGB V

Durch Änderungen des § 129 SGB V wird die Preisgestaltung für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln auf eine neue Grundlage gestellt. Sie kann auf drei Ebenen geregelt sein:
Zum einen können Apotheken gemäß § 129 Abs. 5 bei parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie Vereinbarungen mit den Krankenkassen schließen. Liegen solche nicht vor, gelten gemäß § 129 Abs. 5c die Preise, die zwischen der mit der Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Spitzenorganisation der Apotheker und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart sind. Liegen auch solche Vereinbarungen nicht vor, berechnet die Apotheke die tatsächlichen Einkaufspreise, höchstens jedoch die Apothekeneinkaufspreise, die bei Abgabe an Verbraucher …gelten.
Bedenken äußert der Deutsche Anwaltverein für den Fall, dass keine Vereinbarungen gemäß § 129 Abs. 5c S. 1 SGB V getroffen worden sind. Für diesen Fall sind Apotheken nach dem Wortlaut der Norm dazu verpflichtet, Zubereitungen zum Einkaufspreis der verwendeten Fertigarzneimittel abzugeben, so dass weitere Kosten sowie ein eventueller Gewinn unberücksichtigt bleiben. Demnach sind Apotheken zwar aufgrund ihres Arzneimittelversorgungsauftrages und des gemäß § 17 Abs. 4 Apothekenbetriebsordnung bestehenden Kontrahierungszwanges zur Abgabe solcher Zubereitungen gezwungen, eine Vergütung erhalten sie hierfür indessen nicht.
Der Deutsche Anwaltverein weist darauf hin, dass eine solche Regelung mit Art. 12 GG nicht vereinbar ist. Er empfiehlt, in § 129 Abs. 5c S. 2 den Teilsatz „…berechnet die Apotheke ihre tatsächlichen Einkaufspreise…“ durch folgenden Teilsatz zu ersetzen:

> „…legt die Apotheke für ihre Preisberechnung nach den Vorschriften der Arzneimittelpreisverordnung die tatsächlichen Einkaufspreise zu Grunde, …“

B: Anmerkungen des Sozialrechtsausschusses des DAV zu Art. 9 Nr. 1, § 44 Abs. 2 SGB V-E „Regelungen zum Krankengeld“

I.

Die Ziele des Wahltarifs Krankengeld gem. § 53 Abs. 6 SGB V wurden und werden nicht erreicht:

1. Der Selbständige ist auf eine finanzielle Absicherung des Risikos der Arbeitsunfähigkeit genauso angewiesen wie der abhängig Beschäftigte. Nach Mitteilung des Sachverständigenrates gibt es mehr als 2 Millionen „Klein-Selbständige“, die nur über geringe an die konkrete Arbeitsleistung anknüpfende Einkünfte verfügen. Die „Abschaffung“ des Krankengelds für Selbständige widerspricht den Zielen des SGB V, welches einen solidarischen Schutz im Krankheitsfall verspricht.

2. Alle Kassen werben mit bebilderten Broschüren, kernigen Bezeichnungen und mehr dem Marketing als der Information verpflichteten Tabellen um den Selbständigen als Zahler weiterer Beiträge für den Wahltarif. Kaum oder gar nicht erläutert werden die Leistungen und die Abgrenzungen:

- Werden Gewinne aus der Zugehörigkeit zu einer Gesellschaft während der Arbeitsunfähigkeit als Arbeitseinkommen angerechnet?
- Endet die Leistung mit krankheitsbedingter Aufgabe der Selbständigkeit (die Aufgabe kann wegen zusätzlicher Beiträge, Versicherungen und sonstiger Kosten nahe liegen)?
- Wie wird der durch das neue Produkt versicherte Einkommensausfall nachgewiesen?
- Wann muss der Versicherte welche AU-Bescheinigung wo einreichen?
- Wie kommt man zu einer Prämienänderung, wenn sich das Einkommen ändert? Ist die Kasse verpflichtet, einer Erhöhung zuzustimmen und kann sie einen Gesundheits-Check verlangen?
- Welche Sozialleistungen führen zum Ruhen – auch BUZ, Leistungen des Versorgungswerks?
- Muss das Krankengeld während des Bezugs solcher Leistung in voller Höhe oder nur bis zur Höhe der Rente etc. erstattet werden?
- Erhöht sich der Beitrag sofern der Versicherte die nächste Altersstufe erreicht?
- Ist die bisweilen um das dreifache höhere Prämie für Personen ab 55 Jahren altersdiskriminierend, jedenfalls dann, wenn der Betroffene seit Jahren GKV-Mitglied ist?
- Kann die Krankenkasse Jahr für Jahr die Prämie für den Wahltarif neu kalkulieren?
- Ist nach einem Wechsel der Krankenkasse die neue Krankenkasse verpflichtet, den alten Wahltarif fortzusetzen?

II.

Eine gesetzliche Korrektur ist notwendig, da die Handhabung der Wahltarife nicht nur intransparent ist, sondern mit einer Beitragserhöhung verbunden ist, die sozial ungerecht ist und den gesetzlichen Vorgaben widerspricht. Die bisher im Wahltarif den Selbständigen unterbreiteten Angebote sind regelmäßig teurer als die Beitragsdifferenz gem. § 241 Abs. 2 SGB V. Diese Beitragserhöhung gehen einseitig zu Lasten der Selbständigen, die häufig schon seit Jahrzehnten Kassenmitglieder waren.

III.

Die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V des Entwurfes eröffnete Wahl wird der Selbständige – falls er ordnungsgemäß informiert würde – regelmäßig dem Wahltarif gem. § 53 SGB V vorziehen, es sei denn er wünscht eine andere Absicherung des Krankengeldanspruchs ab dem 22. Tag. Diese spezielle Leistung wird dann aber, da die Masse der Selbständigen von der Wahl gem. § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Gebrauch machen wird, irreal teuer werden.

Wer umgekehrt als Selbständiger ein Krankengeld ab dem 1. Tag der 7. Woche der AU versichern möchte und dazu den Wahltarif wählt, wird, wenn er über die gesetzliche Neuregelung ordnungsgemäß informiert wird, den Wahltarif kündigen, und zwar sofort.

Der Vorschlag des Bundesrates, den Krankengeldanspruch allen Selbständigen in der GKV zu geben, ist deshalb sachgemäß. Warum der Selbständige, der einen Krankengeldanspruch gem. § 44 SGB V wählt, an die Wahlerklärung gem. § 53 Abs. 8 SGB V für die Dauer von drei Jahren gebunden sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Das dem Krankengeld zugrundeliegende Risiko ist nicht befristet auf drei Jahren oder einen kürzeren oder längeren Zeitraum, sondern besteht bis zum Eintritt in die Rentenphase.

IV.

Der Vorschlag des Bundesrates, Wahltarife für einen Krankengeldanspruch jenseits der Jahresentgeltgrenze anzubieten, ist abzulehnen: Das Produkt wird wahrscheinlich irreal teuer, da nur ein kleiner Kreis von Versicherten diesen Wahltarif wählt. Mit dem Ziel eines dem System der GKV wirklich nutzenden Wettbewerbs hat ein solcher „Exoten-Wahltarif“ nichts zu tun.