

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 16/9559, 16/10070 –

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

A. Problem

Die Insolvenzordnung (InsO) gilt derzeit nur für bundesunmittelbare, aber nicht für landesunmittelbare Krankenkassen. Dies führt zu ungleichen wettbewerblichen Ausgangspositionen, da die Insolvenzfähigkeit der bundesunmittelbaren Kassen Umlagepflichten für die Finanzierung von Insolvenzgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) und für die Insolvenzsicherung von Altersversorgungsansprüchen der Beschäftigten auslöst (vgl. für Allgemeine Ortskrankenkassen BVerwGE 72, 212 und für Ersatzkassen BSG MDR 1978, 962). Diese finanziell bedeutsame Ungleichbehandlung wird durch die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen beseitigt.

Außerdem sind die geltenden Regelungen über die Haftung bei Schließung einer Krankenkasse mit den wettbewerblichen Strukturen des GKV-Systems immer weniger vereinbar. Der Zusammenhalt der Kassen innerhalb einer Kassenart wurde durch die grundlegenden organisationsrechtlichen Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Verbänderecht deutlich gelockert. Auch Krankenkassen einer Kassenart stehen zueinander im Wettbewerb, sodass es immer schwieriger wird, die nach dem geltenden Haftungsrecht erforderliche Solidarität der Kassen sicherzustellen. Daher muss das Organisationsrecht der GKV auf den Strukturentscheidungen des GKV-WSG aufbauend weiterentwickelt werden.

Darüber hinaus vermitteln die nach den zurzeit gültigen Regelungen erstellten Rechnungsergebnisse der Krankenkassen kein hinreichend transparentes Bild über die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen. Beispielsweise müssen Verpflichtungen aus Versorgungszusagen nach geltendem Recht nicht zwingend bilanziert werden. Ferner räumen die derzeitigen Rechnungslegungsvorschriften den Krankenkassen größere Spielräume bei der Bewertung von Vermögenspositionen ein als bei einer Bewertung nach handelsrechtlichen Grundsätzen. Die Regelungen zur Rechnungslegung müssen daher angepasst werden, damit die Krankenkassen ihre Entscheidungen in Zukunft markt- und wettbewerbskonform ausrichten können und der Gesetzgeber seine Steuerungsfunktion sachgerecht wahrnehmen kann.

B. Lösung

Durch die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen sollen für alle Krankenkassen gleiche Rahmenbedingungen geschaffen, die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen erhöht und eine stärkere Nachhaltigkeit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ab 1. Januar 2010 alle gesetzlichen Krankenkassen in den Anwendungsbereich der Insolvenzordnung fallen. Die Haftung der Länder für Versorgungsansprüche und Ansprüche auf Insolvenzgeld nach dem SGB III entfällt bereits zum 1. Januar 2009. Alle Krankenkassen werden ab 2010 verpflichtet, ausreichendes Deckungskapital zur Erfüllung ihrer Versorgungsverpflichtungen zu bilden. Eine Verschiebung der Finanzierung von Altversorgungslasten in die Zukunft wird dadurch begrenzt. Für den Kapitalaufbau ist ein Zeitraum von 40 Jahren vorgesehen, um eine Überforderung einzelner Krankenkassen zu vermeiden.

Das Recht der Aufsichtsbehörde, eine Krankenkasse bei nicht auf Dauer gesicherter Leistungsfähigkeit zu schließen, bleibt erhalten. Da die Aufsichtsbehörde im Rahmen eines Schließungsverfahrens die Möglichkeit hat, die Abwicklung einer Kasse durch Organisation von finanziellen Hilfen oder durch Fusion zu vermeiden, hat das Schließungsverfahren Vorrang vor der Einleitung eines Insolvenzverfahrens. Der Gesetzentwurf enthält Regelungen, die es den Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglichen, Unterstützungsleistungen zugunsten Not leidender Krankenkassen zu erbringen.

Wird eine Krankenkasse insolvent, haften zunächst die übrigen Kassen der Kassenart in vollem Umfang für nicht gedeckte Versorgungsverpflichtungen der betroffenen Krankenkasse. Erst wenn die Krankenkassen dieser Kassenart nicht mehr in der Lage sind, ihre Verpflichtung zu erfüllen, haften hierfür auch die Krankenkassen der übrigen Kassenarten. Zur Vermeidung von finanzieller Überforderung und Folgeinsolvenz haften die verbleibenden Krankenkassen einer Kassenart für Verpflichtungen gegenüber Versicherten und Leistungserbringern, die aus verfassungsrechtlichen Gründen im vollen Umfang zu erfüllen sind, nur bis zu einem Schwellenwert. Für die übrigen Verpflichtungen der betroffenen Krankenkasse gelten die Verteilungsregelungen der Insolvenzordnung. Bei Schließung einer Krankenkasse haften wie bisher die Krankenkassen einer Kassenart für die Verpflichtungen der geschlossenen Kasse. Reicht das Vermögen dieser Krankenkassen nicht aus, haften hierfür auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten.

Die für die Krankenkassen geltenden Rechnungslegungsvorschriften werden an die im Handelsgesetzbuch geregelten Grundsätze einer ordnungsgemäßen Buchführung und Bilanzierung angenähert. Der Gesetzentwurf enthält ferner u. a. die für die Einführung des Gesundheitsfonds erforderlichen Regelungen zur Standardisierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

I. Finanzielle Auswirkungen für Bund, Länder und Gemeinden

Für den Bund können durch die Maßnahmen dieses Gesetzes und die darin enthaltenen Regelungen zum Aufbau einer Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 Mehrbelastungen durch die Gewährung unverzinslicher Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel des Fonds entstehen, solange die Liquiditätsreserve (noch) nicht ausreicht, um unterjährige Einnahmeschwankungen auszugleichen und die monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen zu gewährleisten. Bei einer gesetzlich vorgesehenen Vorziehung der monatlichen Raten des Bundeszuschusses könnten nach derzeit groben Schätzungen im Spätsommer/Herbst 2009 für einige Wochen kurzfristige Liquiditätsdarlehen für den Gesundheitsfonds erforderlich werden. Diese Liquiditätshilfe könnte vom Gesundheitsfonds wegen der im vierten Quartal erfolgenden Einmalzahlungen, die in den Monaten November und Dezember regelmäßig zu deutlich höheren Beitragseinnahmen führen, voraussichtlich noch im selben Jahr zurückgezahlt werden. Weitere finanzielle Belastungen für Bund, Länder und Gemeinden entstehen durch dieses Gesetz nicht. Durch den Wegfall der Haftung für Versorgungsansprüche der Beschäftigten von bisher insolvenzunfähigen landesunmittelbaren Krankenkassen werden die Länder ab 2009 im Vergleich mit dem bislang geltenden Recht von eventuellen finanziellen Haftungsfolgen entbunden.

II. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die Verpflichtung für sämtliche Krankenkassen, ab dem Jahr 2010 über einen Zeitraum von bis zu 40 Jahren ausreichendes Deckungskapital für ihre Versorgungsverpflichtungen zu bilden, begrenzt eine Verschiebung von Versorgungslasten in die Zukunft.

Bis dahin sind im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen, deren Dienstordnungsangestellte im Vergleich mit den anderen Krankenkassen die mit Abstand höchsten Versorgungsansprüche haben, voraussichtlich durch ein beim AOK-Bundesverband auf freiwilliger Basis gebildetes Sondervermögen insgesamt genügend Finanzmittel vorhanden, um unter Berücksichtigung der Verzinsung über das zu diesem Zeitpunkt erforderliche Deckungskapital verfügen zu können. Bei den einzelnen Krankenkassen können je nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Umfang der Rückstellungen für Versorgungslasten individuell zu ermittelnde Zusatzbelastungen entstehen. Zur Absicherung zukünftiger Versorgungsanwartschaften haben alle Krankenkassen Beiträge an den Pensions-Sicherungs-Verein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) zu entrichten. Deren Höhe richtet sich nach dem Umfang der kassenindividuell zu ermittelnden Anwartschaften. Die hierfür von den Krankenkassen bereitzustellenden Mittel sind noch nicht quantifizierbar, werden sich jedoch in einer nicht beitragsrelevanten Größenordnung bewegen. Aufgrund der Insolvenzfähigkeit sind in Zukunft alle Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beitragspflichtig gemäß § 359 Absatz 2 SGB III.

Aus den Regelungen zur Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt keine Be- oder Entlastungseffekte.

Durch die Überweisung eines Anteils des pauschalen Bundeszuschusses in Höhe von 4 Mrd. Euro im Jahr 2009 an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen reduziert sich der Betrag, der zur Finanzierung der Zuweisungen der anderen Krankenkassen verbleibt, um ca. 48 Mio. Euro. Bei einem Anstieg des Bundeszuschusses um jeweils 1,5 Mrd. Euro in den Folgejahren erhöht sich dieser Betrag um jeweils ca. 16 Mio. Euro.

Für den Aufbau einer Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds ergeben sich in den Jahren 2009 bis 2012 jährliche finanzielle Aufwendungen in einer Größenordnung von ca. 800 Mio. Euro, die bei der Kalkulation des einheitlichen paritätisch finanzierten Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2009 berücksichtigt wurden. Aus dieser Liquiditätsreserve werden auch die für die Erfüllung der Konvergenzregelungen erforderlichen Mittel in einer geschätzten Größenordnung von ca. 0,5 Mrd. Euro in 2009 und ca. 0,1 Mrd. Euro in 2010 finanziert.

Geschätzte Mehrausgaben in einer Größenordnung von jeweils ca. 20 Mio. Euro ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen durch die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowie durch die Verbesserungen bei der sozialmedizinischen Nachsorge für Kinder und Jugendliche.

E. Sonstige Kosten

Die finanziellen Aufwendungen zum schrittweisen Aufbau einer Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds werden bei der Festsetzung des einheitlichen paritätisch finanzierten Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2009 berücksichtigt. Sie führen in Verbindung mit den Aufwendungen für die Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals für die eingegangenen Versorgungsverpflichtungen sowie weiteren geringen Erhöhungen der Leistungsausgaben und Verwaltungskosten der Krankenkassen – auch wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Belastungen – allenfalls zu geringen, nicht quantifizierbaren Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

F. Bürokratiekosten

Es werden acht neue Informationspflichten für die Verwaltung eingeführt. Sie beinhalten zum einen Anzeige- und Unterrichtungspflichten der Krankenkassen und Aufsichtsbehörden sowie des Insolvenzgerichts. Sie sind für die Einleitung und die weitere Durchführung des Insolvenzverfahrens, aber auch für dessen mögliche Vermeidung zwingend erforderlich. Zum anderen resultieren die neuen Informationspflichten aus der Annäherung der für die Krankenkassen maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften an die Bilanzierungsregelungen des Handelsgesetzbuchs (HGB).

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/9559, 16/10070 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Berlin, den 15. Oktober 2008

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Martina Bunge
Vorsitzende

Jens Spahn
Berichterstatter

Dr. Carola Reimann
Berichterstatterin

Daniel Bahr (Münster)
Berichterstatter

Frank Spieth
Berichterstatter

Birgitt Bender
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
– Drucksachen 16/9559, 16/10070 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 26 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

0. In § 6 Abs. 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12“ durch die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13“ ersetzt.

1. unverändert

- 1a. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.“
- c) Folgender Absatz wird angefügt:
„(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Für die Zuzahlung gilt § 31 Abs. 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“
- 1b. § 33 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt“ gestrichen.
- b) Absatz 7 Satz 2 wird aufgehoben.
- 1c. In § 35 Abs. 5 Satz 7 werden die Wörter „des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „nach § 84 Abs. 5“ ersetzt.
- 1d. § 43 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.“
- 1e. § 69 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und Satz 2 wird aufgehoben.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
„(2) Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend; die §§ 97 bis 115 und 128 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Satz 1 gilt nicht für Verträge von Krankenkassen

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamtregelung gilt. Die in Satz 1 genannten Vorschriften gelten mit der Maßgabe, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist.“

1f. § 73b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartnern zu schließen. In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- bb) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Wörter „diesem Absatz“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
- „(4a) Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.“
- 1g. In § 84 Abs. 7a Satz 9 wird die Angabe „§ 300 Abs. 2 Satz 4“ durch die Angabe „§ 300 Abs. 2 Satz 6“ ersetzt.
- 1h. § 92 Abs. 3a wird wie folgt gefasst:
- „(3a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sowie bei Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 zugrunde legt, bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen sowie in den tragenden Gründen der Beschlüsse zu benennen.“
- 1i. § 95 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 7 werden die Sätze 3 bis 9 durch folgende Sätze ersetzt:
- „Für Vertragsärzte, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, findet § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung keine Anwendung, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 Abs. 4 fortgeführt. Die Zulassung endet in diesen Fällen zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend. In den Fällen der Anstellung von Ärzten in einem zuge-

Entwurf

2. § 101 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 10 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist.

b) In Satz 6 werden vor dem Wort „Versorgungsanteile“ die Wörter „in Satz 5 bestimmten“ eingefügt und die Wörter „von 40 Prozent“ gestrichen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

lassenen medizinischen Versorgungszentrum gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.“

b) In Absatz 9 wird Satz 4 durch folgenden Satz ersetzt:

„Absatz 7 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

2. § 101 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist.

b) unverändert

2a. Nach § 103 Abs. 4 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt.

„Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung.“

2b. § 126 wird wie folgt geändert:**a) In Absatz 1 Satz 2 werden das Semikolon und die Wörter „die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind“ gestrichen.****b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:**

„(1a) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind. Sie haben von der Erfüllung auszugehen, wenn eine Bestätigung einer geeigneten Stelle vorliegt. Die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach Satz 2 einschließlich der Bestimmung und Überwachung der geeigneten Stellen, Inhalt und Gültigkeitsdauer der Bestätigungen, der Überprüfung ablehnender Entscheidungen und der Erhebung von Entgelten vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene. Dabei ist sicherzustellen, dass Leistungserbringer das Verfahren unabhängig von einer Mitgliedschaft bei einem der Vereinbarungspartner nach Satz 3 nutzen können und einen Anspruch auf Erteilung der Bestätigung haben, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Erteilte Bestätigungen sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle feststellt, dass die Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. Die in der Vereinbarung nach Satz 3 be-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

stimmten Stellen dürfen die für die Feststellung und Bestätigung der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie dürfen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Bestätigungen einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten unterrichten. Der Spitzenverband Bund ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen bekannt zu geben.“

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 bis zum 30. Juni 2010 insoweit als erfüllt. Bei wesentlichen Änderungen der betrieblichen Verhältnisse können die Krankenkassen ergänzende Nachweise verlangen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer bleiben abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2009 zur Versorgung der Versicherten berechtigt, soweit keine Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 erfolgen.“

2c. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „können“ ersetzt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene geben erstmalig bis zum 30. Juni 2009 gemeinsam Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen ab. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer je zur Hälfte.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „zweckmäßig sind“ durch die Wörter „durchgeführt werden“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Satz“ die Angabe „2 und“ eingefügt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.“

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

„(2a) Den Verträgen nach Absatz 2 Satz 1 können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht aufgrund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. § 126 Absatz 1a und 2 bleibt unberührt.“

e) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend“ eingefügt.

2d. § 128 wird wie folgt gefasst:

„§ 128

Unzulässige Zusammenarbeit zwischen
Leistungserbringern und Vertragsärzten

(1) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Nottfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.

(3) Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 angemessen geahndet werden. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.

(4) Sofern Vertragsärzte auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken, sind die zusätzlichen Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Über eine Mitwirkung

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.
- (5) Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten.“
- 2e. § 130a Abs. 9 wird aufgehoben.
- 2f. § 132c wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
- „(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.“
- 2g. In § 137g Abs. 1 Satz 11 werden die Wörter „durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes von den Krankenkassen“ durch die Wörter „aus dem Gesundheitsfonds“ ersetzt.
- 2h. In § 140f Abs. 4 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Abs. 1 Satz 3,“ die Angabe „§ 127 Abs. 1a Satz 1,“ eingefügt.
- 2i. In § 146a Satz 3 werden nach der Angabe „§ 155“ ein Komma und die Wörter „mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 9,“ eingefügt.
3. unverändert
3. § 155 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:
- „Scheidet ein Vorstand nach Auflösung oder Schließung aus dem Amt, bestimmt die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Landesverbandes den Abwicklungsvorstand. § 35a Abs. 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
- „Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht in der Lage, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend.“
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „§ 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.“
- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- bbb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:
- „4. der in § 171d Abs. 1 Satz 3 genannten Verpflichtungen bis zum 31. Dezember 2049 sowie“.
- ccc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.
- bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „Absatz 4 Satz 5 bis 7“ ersetzt.
4. § 164 wird wie folgt geändert: 4. unverändert
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 6 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7“ ersetzt.
- bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 7“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 8“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Jede Innungskrankenkasse ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Versicherten aller Innungskrankenkassen dienstordnungsmäßige Stellen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich zu machen.“
5. § 171 wird wie folgt geändert: 5. unverändert
- a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, nach der Angabe „§ 155 Abs. 1 bis 3“ die Angabe „und § 164 Abs. 2 bis 5“ und nach dem Wort „entsprechend“ die Wörter „mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 bis 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 bis 7“ ersetzt.
6. Nach § 171 wird folgende Überschrift eingefügt: 6. unverändert
- „Achter Titel
Kassenartenübergreifende Regelungen“.
7. § 171b wird wie folgt gefasst: 7. unverändert
- „§ 171b
Insolvenz von Krankenkassen
- (1) Vom 1. Januar 2010 an findet § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung auf Krankenkassen keine Anwendung. Von diesem Zeitpunkt an gilt die Insolvenzordnung für die Krankenkassen nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.
- (2) Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder ist sie voraussichtlich nicht in der Lage, die bestehenden Zahlungspflichten im Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen (drohende Zahlungsunfähigkeit) oder tritt Überschuldung ein, hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unter Beifügung aussagefähiger Unterlagen unverzüglich anzuzeigen. Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 der Spit-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

zenverband Bund der Krankenkassen haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.

(3) Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde anstelle des Antrags nach Satz 1 die Krankenkasse schließen. Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von drei Monaten nach Eingang der in Absatz 2 Satz 1 genannten Anzeige, ist die spätere Stellung eines Insolvenzantrags solange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht.

(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Vor der Bestellung des Insolvenzverwalters hat das Insolvenzgericht die Aufsichtsbehörde zu hören. Der Aufsichtsbehörde ist der Eröffnungsbeschluss gesondert zuzustellen. Die Aufsichtsbehörde und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können jederzeit vom Insolvenzgericht und dem Insolvenzverwalter Auskünfte über den Stand des Verfahrens verlangen.

(5) Mit dem Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, ist die Krankenkasse geschlossen mit der Maßgabe, dass die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse im Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften der Insolvenzordnung erfolgt.

(6) Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Abs. 2 Satz 2 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.“

8. Nach § 171b werden folgende §§ 171c bis 171f eingefügt:

„§ 171c
Aufhebung der Haftung
nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung

Vom 1. Januar 2009 an haften die Länder nicht mehr nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.

§ 171d
Haftung im Insolvenzfall

(1) Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen *unverfallbaren* Altersversorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufge-

8. Nach § 171b werden folgende §§ 171c bis 171f eingefügt:

„§ 171c
unverändert

§ 171d
Haftung im Insolvenzfall

(1) Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Altersversorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufge-

Entwurf

nommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen der Kassenart sowie bis zum 31. Dezember 2049 anteilig auch bei den Krankenkassen geltend, die aus einer Vereinigung nach § 171a hervorgegangen sind, wenn an der Vereinigung eine Krankenkasse beteiligt war, die dieser Kassenart angehört hat. Sind die in Satz 3 genannten Krankenkassen nicht in der Lage, die Verpflichtungen nach Satz 1 zu erfüllen, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen geltend. § 155 Abs. 4 Satz 7 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(2) Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie nach § 155 Abs. 4 Satz 6 regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(3) Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind.

(4) Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gilt § 9 Abs. 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die Ansprüche nach Satz 1 im Insolvenzverfahren zu Gunsten der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 und 4 geltend.

(5) Für die in § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 genannten Ansprüche und Forderungen haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen der Kassenart. Übersteigen die Verpflichtungen nach Satz 1 ein Prozent des Gesamtbetrages der Zuweisungen, den die Krankenkassen der

Beschlüsse des 14. Ausschusses

nommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen der Kassenart sowie bis zum 31. Dezember 2049 anteilig auch bei den Krankenkassen geltend, die aus einer Vereinigung nach § 171a hervorgegangen sind, wenn an der Vereinigung eine Krankenkasse beteiligt war, die dieser Kassenart angehört hat. Sind die in Satz 3 genannten Krankenkassen nicht in der Lage, die Verpflichtungen nach Satz 1 zu erfüllen, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen geltend. § 155 Abs. 4 Satz 7 und § 164 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(2) Das Nähere zur Geltendmachung der Beträge nach Absatz 1 Satz 3 und 4, **Absatz 5 Satz 1 und 2** sowie nach § 155 Abs. 4 Satz **5 und 6** und **Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5** regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. **Dabei ist vorzusehen, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, an der Finanzierung mit einer Quote in Höhe von 20 Prozent des an sich zu zahlenden Betrags beteiligt werden. In der Rechtsverordnung kann auch geregelt werden, welche Angaben die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Durchführung des Absatzes 1 Satz 3 und 4 mitzuteilen haben, einschließlich der Zeitpunkte für die Übermittlung dieser Angaben.**

(3) Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind. **Die §§ 7 bis 15 des Betriebsrentengesetzes gelten nicht für Krankenkassen, die auf Grund Landesgesetz Pflichtmitglied beim Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg oder Sachsen sind. Hiervon ausgenommen ist die AOK Baden-Württemberg. Falls die Mitgliedschaft endet, gilt Satz 1 entsprechend.**

(4) unverändert

(5) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

jeweiligen Kassenart aus dem Gesundheitsfonds jährlich erhalten, haften hierfür auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten. § 155 Abs. 4 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Soweit Krankenkassen nach Satz 1 oder Satz 2 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 171e

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

(1) Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Abs. 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes auslösen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital zu bilden, mit dem der voraussichtliche Barwert dieser Verpflichtungen an diesem Tag vollständig ausfinanziert wird. Auf der Passivseite der Vermögensrechnung sind Rückstellungen in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals zu bilden. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsanwartschaften und -ansprüchen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 genannten Voraussetzungen erfüllt. Der Nachweis ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.

(2) Soweit Krankenversicherungsträger vor dem 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden sind, werden die zu erwartenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Verpflichtungen nach Absatz 1 entsprechend berücksichtigt. Wurde vor dem 31. Dezember 2009 Deckungskapital bei aufsichtspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gebildet, wird dieses anteilig berücksichtigt, sofern es sich um Versorgungszusagen nach Absatz 1 Satz 1 handelt. Soweit Krankenversicherungsträger dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes oder entsprechender Landesgesetze unterliegen, ist das nach den Vorgaben dieser Gesetze gebildete Kapital ebenfalls zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist,
2. die allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwerts der Versorgungsverpflichtungen,
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und über die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungsbeträge,

§ 171e

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. das Zahlverfahren der Zuweisungen zum Deckungskapital,
5. die Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung sowie über die Anlage des Deckungskapitals.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen. In diesem Fall gilt für die dem Bundesversicherungsamt entstehenden Ausgaben § 271 Abs. 6 entsprechend.

(4) Die Ermittlung der Höhe des erforderlichen Deckungskapitals durch die Krankenkasse und die Zuführungspläne zum Deckungskapital sind von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen.

(5) Für Amtshandlungen nach Absatz 4 werden Gebühren und Auslagen erhoben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände, die Höhe der Gebühren und die Auslagenerstattung zu bestimmen. Es kann dafür feste Sätze, auch in Form von Zeitgebühren, und Rahmensätze vorsehen. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass der mit den Amtshandlungen verbundene gesamte Personal- und Sachaufwand der Aufsichtsbehörde gedeckt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Verordnungsermächtigung nach Satz 2 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen.

§ 171f

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

Die §§ 171b bis 171e gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“

§ 171f

unverändert

- | | |
|--|--|
| <p>9. Vor § 172 wird die Überschrift „Achter Titel Kassenartenübergreifende Regelungen“ aufgehoben.</p> <p>10. § 172 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:</p> <p style="text-align: center;">„§ 172
Vermeidung der Schließung
oder Insolvenz von Krankenkassen“.</p> <p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat,“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.</p> <p>bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
„Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den zu beurteilenden Berichtszeit-</p> | <p>9. unverändert</p> <p>10. unverändert</p> |
|--|--|

Entwurf

raum, so hat er hierüber die zuständige Aufsichtsbehörde zu unterrichten. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Aufsichtsbehörden die in den Jahresrechnungen zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ausgewiesenen Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse mitzuteilen. Die Aufsichtsbehörde hat unter Berücksichtigung der in den Sätzen 2 und 3 genannten Finanzdaten vom Vorstand einer Krankenkasse unverzüglich die Vorlage der in Satz 1 genannten Unterlagen und Auskünfte zu verlangen, wenn sich daraus Anhaltspunkte für eine dauerhafte Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben.“

cc) In dem bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „den Sätzen 1 und 4“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Stellt die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann dieser der Aufsichtsbehörde Vorschläge für eine Vereinigung dieser Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vorlegen. Kommt bei der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.“

11. Dem § 195 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Klagen gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 2 haben keine aufschiebende Wirkung.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

11. unverändert

11a. In § 207 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe „vorbehaltlich des § 212 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes“ ersetzt.

11b. Dem § 211 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die für die Finanzierung der Aufgaben eines Landesverbandes erforderlichen Mittel werden von seinen Mitgliedskassen sowie von den Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes aufgebracht. Die mitgliedschaftsrechtliche Zuordnung der Krankenkassen nach § 207 Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt. Das Nähere zur Aufbringung der Mittel nach Satz 1 vereinbaren die Landesverbände. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 1. November eines Jahres zustande, wird der Inhalt der Vereinbarung durch eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson festgelegt.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

12. Dem § 252 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.“
12. § 252 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.“
- b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 bis 5 angefügt:
- „(3) **Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.**
- (4) **Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.**
- (5) **Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.“**
13. § 265a wird wie folgt gefasst:
- „§ 265a
Finanzielle Hilfen zur Vermeidung
der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse
- (1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. März 2009 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durch-
13. § 265a wird wie folgt gefasst:
- „§ 265a
Finanzielle Hilfen zur Vermeidung
der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse
- (1) unverändert
- 11c. Dem § 220 wird folgender Absatz 3 angefügt:
- „(3) **Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt gelten die §§ 67 bis 69, 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Abs. 1a und § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.“**

Entwurf

führung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In der Satzung ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe gewährt wird. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der nach § 217c Abs. 1 Satz 2 gewichteten Stimmen der Mitglieder beschlossen.

(2) Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung des § 265a bleiben unberührt.“

14. Nach § 265a wird folgender § 265b eingefügt:

„§ 265b
Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,
2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder
3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) unverändert

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen **sind** die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen **sowie bereits geleistete Hilfen nach § 265b** angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) unverändert

14. Nach § 265a wird folgender § 265b eingefügt:

„§ 265b
Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,
2. Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder
3. die Aufteilung der Beträge nach § 171d Abs. 1 Satz 3 und 4 abweichend von der nach § 171d Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnung zu regeln.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.
§ 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) unverändert

14a. Nach § 271 wird folgender § 271a eingefügt:

„§ 271a
Sicherstellung der
Einnahmen des Gesundheitsfonds

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(1) Steigen die Beitragsrückstände einer Krankenkasse erheblich an, so hat die Krankenkasse nach Aufforderung durch das Bundesversicherungsamt diesem die Gründe hierfür zu berichten und innerhalb einer Frist von vier Wochen glaubhaft zu machen, dass der Anstieg nicht auf eine Pflichtverletzung zurückzuführen ist. Entscheidungserhebliche Tatsachen sind durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen.

(2) Werden die entscheidungserheblichen Unterlagen nicht vorgelegt oder reichen diese nicht zur Glaubhaftmachung eines unverschuldeten Beitragsrückstandes aus, wird die Krankenkasse säumig. Für jeden angefangenen Monat nach Aufforderung zur Berichtslegung wird vorläufig ein Säumniszuschlag in Höhe von 10 Prozent von dem Betrag erhoben, der sich aus der Rückstandsquote des die Berichtspflicht auslösenden Monats abzüglich der des Vorjahresmonats oder der des Vorjahresdurchschnitts der Krankenkasse multipliziert mit den insgesamt zum Soll gestellten Beiträgen der Krankenkasse des die Berichtspflicht auslösenden Monats, ergibt. Es wird der jeweils niedrigere Wert zur Berechnung der Säumniszuschläge in Ansatz gebracht.

(3) Die Krankenkasse erhält ihre Säumniszuschläge zurück, wenn sie innerhalb einer angemessenen, vom Bundesversicherungsamt festzusetzenden Frist, die im Regelfall drei Monate nach Eintritt der Säumnis nach Absatz 2 nicht unterschreiten soll, glaubhaft macht, dass die Beitragsrückstände nicht auf eine Pflichtverletzung ihrerseits zurückzuführen sind. Anderenfalls werden die Säumniszuschläge endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(4) Bleiben die Beitragsrückstände auch nach Ablauf der Frist nach Absatz 3 erheblich im Sinne des Absatzes 1 und ist die Krankenkasse säumig im Sinne des Absatzes 2, ist von einer fortgesetzten Pflichtverletzung auszugehen. In diesem Fall soll das Bundesversicherungsamt den Säumniszuschlag um weitere 10 Prozentpunkte pro Monat bis zur vollen Höhe des für die Berechnung der Säumniszuschläge zu Grunde gelegten Differenzbetrages nach Absatz 2 erhöhen. Diese Säumniszuschläge gelten als endgültig festgesetzt und verbleiben dem Gesundheitsfonds.

(5) Klagen gegen die Erhebung von Säumniszuschlägen haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) § 28r des Vierten Buches und § 251 Abs. 5 Satz 2 bleiben unberührt.“

14b. § 272 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung der sich aus Absatz 2 ergebenden Zuweisungserhöhungen gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 30. Juni 2008 geltenden Beitragsätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zu berücksichtigen.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in den jeweiligen Ländern im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die zur Erhöhung der Zuweisungen nach Satz 1 erforderlichen Beträge werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 aufgebracht.

(3) Die Regelungen der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, das dem Jahr vorausgeht, in dem erstmalig in keinem Bundesland eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrages festgestellt wurde.“

b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 und 2, insbesondere zur Bestimmung der Beitragssätze, der Einnahmen und ihrer Fortschreibung und der Zuweisungen, sowie die Festlegung der Abschlagszahlungen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.“

14c. § 300 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

a) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Rechenzentren übermitteln die Daten nach Absatz 1 auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, den §§ 84 und § 305a erforderlich sind, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Dem Bundesministerium für Gesundheit oder der von ihm benannten Stelle sind die Daten nicht arzt- und nicht versichertenbezogen zu übermitteln. Vor der Verarbeitung der

Entwurf

15. Dem § 307a wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Wer es als Mitglied des Vorstands einer Krankenkasse entgegen § 171b Abs. 2 Satz 1 unterlässt, der Aufsichtsbehörde die *dort vorgeschriebene Anzeige zu machen*, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu pseudonymisieren.“

- b) Der bisherige Satz 4 wird Satz 6.

- 14d. In § 302 Abs. 1 wird die Angabe „§ 128“ durch die Angabe „§ 139“ ersetzt.

- 14e. In § 305 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

15. Dem § 307a wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Wer es als Mitglied des Vorstands einer Krankenkasse entgegen § 171b Abs. 2 Satz 1 unterlässt, der Aufsichtsbehörde die **in § 55 Abs. 1 des Kreditwesengesetzes genannten Sachverhalte** anzuzeigen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.“

16. Die folgenden §§ 316 bis 318 werden angefügt:

„§ 316

Übergangsregelung zur enteralen Ernährung

Versicherte haben bis zur Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 31 Abs. 5 Satz 2 im Bundesanzeiger Anspruch auf enterale Ernährung nach Maßgabe des Kapitels E der Arzneimittelrichtlinie in der Fassung vom 25. August 2005 (BANz. S. 13 241).

§ 317

Psychotherapeuten

Abweichend von § 95 Abs. 10 werden Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

- 1. eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz und den Fachkundenachweis nach § 95c Satz 2 Nr. 3 haben,**
- 2. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum teilgenommen haben und diese Tätigkeit vergleichbar mit der in der gesetzlichen Krankenversicherung war und**
- 3. bis zum 30. Juni 2009 die Approbationsurkunde vorlegen und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben.**

Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. September 2009 zu entscheiden.

§ 318

Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

Die Regelung des § 37 Abs. 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist nicht anzuwenden, wenn

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch getrennt im Haushaltsplan ausweist sowie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchführt. Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Bekanntmachung nach § 37 Abs. 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das folgende Ausgleichsjahr auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt im Haushaltsplan ausgewiesen sind. Entsprechend gilt Satz 1 für den Jahresausgleich nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Durchführung des Jahresausgleichs auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass sie die Rechnungslegung und den Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt hat.“

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86, 466), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 77 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Jahresrechnung einer Krankenkasse einschließlich der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, soweit sie die Krankenversicherung nach dem Fünften Buch durchführt, hat ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse zu vermitteln. Die gesetzlichen Vertreter der Krankenkasse haben bei der Unterzeichnung der Jahresrechnung nach bestem Wissen schriftlich zu versichern, dass die Jahresrechnung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild im Sinne des Satzes 1 vermittelt. Dabei sind bei der Bewertung der in der Jahresrechnung oder den ihr zu Grunde liegenden Büchern und Aufzeichnungen ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten insbesondere folgende Grundsätze zu beachten:

1. Die Saldenvorträge zu Beginn des Rechnungsjahres müssen mit den entsprechenden Schlussalden der Jahresrechnungen des vorhergehenden Rechnungsjahres übereinstimmen.

Artikel 2

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. Die Jahresrechnung muss klar und übersichtlich sein: Insbesondere dürfen keine Veränderungen vorgenommen werden, die
 - a) dazu führen, dass der ursprüngliche Inhalt einer Eintragung oder Aufzeichnung nicht mehr feststellbar ist oder
 - b) es ungewiss lassen, ob sie ursprünglich oder erst später gemacht worden sind.
 3. Die Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten müssen zum Abschlussstichtag einzeln bewertet sein.
 4. Es ist vorsichtig zu bewerten, namentlich sind alle vorhersehbaren Risiken und Verluste, die bis zum Abschlussstichtag entstanden sind, zu berücksichtigen, selbst wenn diese erst zwischen dem Abschlussstichtag und dem Tag der Aufstellung der Jahresrechnung bekannt geworden sind; Gewinne sind nur zu berücksichtigen, wenn sie am Abschlussstichtag realisiert sind.
 5. Aufwendungen und Erträge des Rechnungsjahres sind unabhängig von den Zeitpunkten der entsprechenden Zahlungen in der Jahresrechnung zu berücksichtigen.
 6. Die auf die vorhergehende Jahresrechnung angewandten Bewertungsmethoden sollen beibehalten werden.“
2. Dem § 78 wird folgender Satz angefügt:
- „Ausführungsbestimmungen über die Grundsätze nach § 77 Abs. 1a können in die Rechtsverordnung nach Satz 1 aufgenommen werden, soweit dies erforderlich ist, um nach einheitlichen Kriterien geschaffene Unterlagen zur Bewertung der von den Krankenkassen aufgestellten Jahresrechnungen und ihrer Finanzlage zu erhalten.“
3. § 79 Abs. 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:
- „Die Unterlagen für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind dem im jeweiligen Versicherungszweig im gesamten Geltungsbereich dieses Buches zuständigen Verband maschinell verwertbar und geprüft zuzuleiten. Nach Aufbereitung leitet dieser die Unterlagen in maschinell verwertbarer Form an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie an die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder an die von ihnen bestimmten Stellen weiter.“
4. Dem § 111 werden folgende Absätze 5 und 6 angefügt:
- „(5) Ordnungswidrig handelt auch, wer entgegen § 77 Abs. 1a oder entgegen der Rechtsverordnung nach § 78 als Mitglied eines vertretungsberechtigten Organs einer Krankenkasse
1. bei der Aufstellung oder Feststellung eines Jahresabschlusses den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung zuwiderhandelt,
 2. gegen die Pflicht zur Offenlegung des Jahresabschlusses oder anderer Unterlagen der Rechnungslegung verstößt oder
 3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 bei hierfür finanzbegründenden Unterlagen falsche Erklärungen abgibt oder herbeiführt.

Entwurf

(6) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 5 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro geahndet werden. Die Geldbuße kann mehrmals festgesetzt werden.“

5. In § 112 Abs. 1 Nr. 5 wird die Angabe „§ 111 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 111 Abs. 3 und 5“ ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 2a**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 60 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 252 Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.“

2. § 61 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 wird die Angabe „2, 4 und 5“ durch die Angabe „2, 3 und 4“ ersetzt.

b) In Absatz 6 wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 2b**Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu den §§ 123 bis 142 folgende Angabe eingefügt:

„Sechster
Unterabschnitt. Verfahren in vergaberechtlichen
Streitigkeiten § 142a“.

2. § 29 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) In Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, entscheidet ausschließlich das für den Sitz der Vergabekammer zuständige Landessozialgericht. Mehrere Länder können durch Vereinbarung die den Landessozialgerichten nach Satz 1 zugewiesenen Aufgaben dem zuständigen Gericht eines Landes auch für das Gebiet eines anderen Landes übertragen.“

3. Nach § 142 wird folgender Sechster Unterabschnitt eingefügt:

„Sechster Unterabschnitt

Verfahren in vergaberechtlichen Streitigkeiten

§ 142a

(1) In Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, sind § 115

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Abs. 2 Satz 2 bis 5, § 116 Abs. 1 und 2, die §§ 117 bis 123 sowie 125 und 126 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechend anzuwenden.

(2) Bei der Entscheidung des Beschwerdegerichts über die sofortige Beschwerde wirken die ehrenamtlichen Richter nicht mit.

(3) Wird wegen eines Verstoßes gegen Vergabeverordnungen Schadensersatz begehrt und hat ein Verfahren vor der Vergabekammer stattgefunden, ist das zuständige Gericht an die bestandskräftige Entscheidung der Vergabekammer und die Entscheidung des Landessozialgerichts sowie gegebenenfalls des nach Absatz 4 angerufenen Bundessozialgerichts über die Beschwerde gebunden.

(4) Will ein Landessozialgericht von einer Entscheidung eines anderen Landessozialgerichts oder des Bundessozialgerichts abweichen oder hält es den Rechtsstreit wegen beabsichtigter Abweichung von Entscheidungen eines Oberlandesgerichts oder des Bundesgerichtshofs für grundsätzlich bedeutsam, so legt es die Sache dem Bundessozialgericht vor. Das Bundessozialgericht entscheidet anstelle des Landessozialgerichts. § 124 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt entsprechend.“

4. § 207 wird wie folgt gefasst:

„§ 207

Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und die am ... [einfügen: Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes] bei den Oberlandesgerichten anhängig sind, gehen in dem Stadium, in dem sie sich befinden, auf das für den Sitz der Vergabekammer zuständige Landessozialgericht und in den Fällen des § 124 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf das Bundessozialgericht über. Dies gilt nicht für Verfahren, die sich in der Hauptsache erledigt haben. Soweit ein Oberlandesgericht an eine Frist nach § 121 Abs. 3 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gebunden ist, beginnt der Lauf dieser Frist mit dem Eingang der Akten bei dem zuständigen Landessozialgericht von neuem. Die Sätze 1 bis 3 gelten für Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und die am ... [einfügen: Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes] bei den Sozialgerichten anhängig sind, entsprechend.“

Artikel 2c

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 2005 (BGBl. I S. 2114), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

1. In § 116 Abs. 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, sind die Landessozialgerichte zuständig“ eingefügt.
2. In § 124 Abs. 2 Satz 1 werden vor dem Komma die Wörter „oder hält es den Rechtsstreit wegen beabsichtigter Abweichung von Entscheidungen eines Landessozialgerichts oder des Bundessozialgerichts für grundsätzlich bedeutsam“ eingefügt.

Artikel 2d

Änderung der Reichsversicherungsordnung

In § 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 7 Satz 2 und“ gestrichen.

Artikel 2e

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 23 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 7 Satz 2 und“ gestrichen.

Artikel 3

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Vorschriften des Achten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Anwendung.“
2. Dem § 34 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die §§ 171f und 172 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung nicht anzuwenden.“
3. § 54 wird wie folgt gefasst:

„§ 54

Finanzausgleich für aufwändige Leistungsfälle

Die Satzung des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung kann eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwändige Leistungsfälle und andere aufwändige Belastungen ganz oder teilweise zu decken; § 265 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden.“

Artikel 3

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 4**Artikel 4****Änderung des
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes****Änderung des
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes**

Artikel 2 Nr. 29 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch ..., (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

29. § 221 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Absatz 1

1. In Artikel 1 Nr. 144 wird Absatz 1 wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Gesellschaften sind bis zum 31. Dezember 2012 verpflichtet, den bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden unbefristet tätigen Angestellten ein neues Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln. Solange sind betriebsbedingte Kündigungen unzulässig.“

b) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „31. Dezember 2008“ durch die Angabe „31. Dezember 2012“ ersetzt.

2. In Artikel 1 Nr. 145 wird Absatz 1 wie folgt geändert:

a) Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Der Landesverband oder die Krankenkasse, der oder die einen Dienstordnungsangestellten oder einen übrigen Beschäftigten anstellt, dessen Arbeitsplatz bei einem der bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbände oder bei einer der in Satz 1 genannten Gesellschaften bürgerlichen Rechts weggefallen ist, hat einen Ausgleichsanspruch gegen die übrigen Landesverbände oder Krankenkassen der Kassenart.“

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 6 bis 9 gelten auch für die Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen.“

3. In Artikel 1 Nr. 182 wird § 271 Abs. 2 wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Einnahmen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ die Wörter „und die Aufwendungen für die Erhöhung der Zuweisungen nach § 272 Abs. 2“ eingefügt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Liquiditätsreserve ist ab dem Jahr 2009 in vier jährlichen Schritten aufzubauen und muss spätestens nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012 und der jeweils folgenden Geschäftsjahre mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“

4. Artikel 2 Nr. 29 wird wie folgt gefasst:

29. § 221 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach

Entwurf

Satz 3 den auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Weiterleitung an die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkassen zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.““

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Absatz 1 Satz 3 den auf die Landwirtschaftlichen Krankenkassen entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkassen zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.““

Artikel 4a**Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes**

Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Das Wort „jeweils“ wird gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Dabei ist das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen.“

2. Dem Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Höhe der finanziellen Beteiligung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen soll insgesamt mindestens 5 000 Stellen betragen.“

3. Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) In den Verträgen nach Absatz 2 kann auch vereinbart werden, dass

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. auch eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,
3. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.“

Artikel 4b**Änderung der****Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung**

Der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

S. 3024) geändert worden ist, wird folgender Neunter Abschnitt angefügt:

„Neunter Abschnitt

Beitragsnachweisverfahren für sonstige Beiträge

§ 42

Beitragsnachweisverfahren für sonstige Beiträge

§ 26 gilt entsprechend für Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 5

Änderung der

Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

§ 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1627), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für eine Verpflichtung aus einer Altersvorsorgezusage für Bedienstete ist eine Rückstellung zu bilden. Soweit sich aus anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes ergibt, bestimmt sich der Höchstwert der Rückstellungen nach dem für den jeweiligen Versicherungszweig geltenden versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wert der späteren Zahlungen.“

2. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Soweit für Verpflichtungen einer Krankenkasse, für die nach § 171d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, eine Zuführung zu den Rückstellungen erforderlich ist, darf dieser Betrag wie das nach § 171e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bildende Deckungskapital bis spätestens zum 31. Dezember 2049 angesammelt werden und muss der Gesamtbetrag des Rückstellungsbedarfs solange nur in einer Fußnote der Jahresrechnung ausgewiesen werden.“

Artikel 5

Änderung der

Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

§ 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1627), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für eine Verpflichtung aus einer Altersvorsorgezusage für Bedienstete ist eine Rückstellung zu bilden. Soweit sich aus anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes ergibt, bestimmt sich der Höchstwert der Rückstellungen nach dem für den jeweiligen Versicherungszweig geltenden versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wert der späteren Zahlungen. **Dieser Wert ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. Die Altersrückstellungen und das Deckungskapital dürfen nur zweckentsprechend aufgelöst werden.**“

2. unverändert

Artikel 5a

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

Nach § 6 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert worden ist, wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Weiterleitung und Abrechnung sonstiger Beiträge

(1) Die §§ 5 und 6 gelten entsprechend für Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds die für die Er-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

stellung der Abrechnung nach Absatz 1 erforderlichen Datengrundlagen auf Anforderung vorzulegen. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das Nähere über die Datenlieferungen nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

Artikel 6

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

Artikel 6

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

0. § 31 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Risikozuschläge“ die Wörter „für das folgende Ausgleichsjahr“ eingefügt und die Wörter „31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 1. Juli 2008“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.

b) In Satz 4 wird das Wort „Berichtsjahr“ durch das Wort „Ausgleichsjahr“ ersetzt.

c) Nach Satz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Die Anpassungen nach Satz 6 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben.“

0a. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Übergangsregelungen zur Einführung
des Gesundheitsfonds – Begriffsbestimmungen

(1) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird in den §§ 33a bis 33c geregelt, für die die folgenden Absätze gelten.

(2) Eine in einem Land tätige Krankenkasse ist eine Krankenkasse, die Versicherte mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land aufweist. Alle in einem Land tätigen Krankenkassen sind alle Krankenkassen, die Versicherte mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land aufweisen.

(3) Versicherte mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland bleiben unberücksichtigt.“

0b. Nach § 33 werden die folgenden §§ 33a bis 33c eingefügt:

„§ 33a

Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen

(1) Die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird nach Maßgabe der folgenden Absätze ermittelt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Grundlage sind die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 1a für das Berichtsjahr 2008 erhobenen Daten. Abweichend von Satz 2 ist für das monatliche Abschlagsverfahren im Jahr 2009 das Berichtsjahr 2007 maßgeblich.

(2) Die am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze der Krankenkassen sind die am 30. Juni 2008 geltenden allgemeinen Beitragssätze nach § 241 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, bereinigt um die nach § 222 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in der Satzung der Krankenkasse ausgewiesenen Beitragssatzanteile. Die so bereinigten Beitragssätze aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden je Krankenkasse mit der Summe ihrer in dem Land wohnhaften Mitglieder vervielfacht. Der bundeslandspezifische Beitragssatz wird ermittelt, indem die Summe der Ergebnisse nach Satz 2 aller in einem Land tätigen Krankenkassen durch die Summe der in dem Land wohnhaften Mitglieder geteilt wird.

(3) Die Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen aus Arbeitsentgelt der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach § 34 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 mit dem nach Absatz 2 ermittelten jeweiligen bundeslandspezifischen Beitragssatz vervielfacht und durch die Zahl 100 geteilt wird. Das Ergebnis nach Satz 1 wird anschließend mit den Beiträgen nach § 34 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 bis 8 und Satz 6 für alle in einem Land tätigen Krankenkassen zusammengezählt.

(4) Die nach Absatz 3 ermittelten Einnahmen sind nach Maßgabe der Absätze 5 und 6 um die ab 2009 ermittelten Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu bereinigen. Die bereinigten Einnahmen werden auf das jeweilige Ausgleichsjahr entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fortgeschrieben.

(5) Die Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs werden wie folgt ermittelt:

1. Der Beitragsbedarf aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird aus der Summe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 6 aller in einem Land tätigen Krankenkassen anhand der nach § 34 Abs. 1 erhobenen Daten in entsprechender Anwendung des § 10 ermittelt;
2. die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergeben sich, indem die Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach Ab-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

satz 3 durch den bundeslandspezifischen Beitragsatz nach Absatz 2 geteilt und mit der Zahl 100 vervielfacht wird;

3. die Finanzkraft aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach Nummer 2 mit dem ab 2009 nach Nummer 4 zu ermittelnden Ausgleichsbedarfssatz vervielfacht und durch die Zahl 100 geteilt werden;
4. der anzuwendende Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich, indem die Summe der nach Nummer 1 berechneten Beitragsbedarfe aller Krankenkassen durch die Summe der nach Nummer 2 ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt und mit der Zahl 100 vervielfacht wird;
5. die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich durch einen Vergleich des nach Nummer 1 berechneten Beitragsbedarfs mit der nach Nummer 3 ermittelten Finanzkraft in entsprechender Anwendung des § 16;
6. die nach Absatz 3 ermittelte Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ist um die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung nach Nummer 5 zu bereinigen.

(6) Die Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikopools werden wie folgt ermittelt:

1. Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr. 1 ermittelt;
2. die Finanzkraft aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr. 2 und von Absatz 5 Nr. 3 ermittelt;
3. die nach Absatz 5 Nr. 6 ermittelte Summe der bereinigten Einnahmen ist um die nach Nummer 1 ermittelten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu erhöhen und um die nach Nummer 2 ermittelte Finanzkraft zu vermindern.

§ 33b

Ermittlung der Zuweisungen

(1) Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für ihre in einem Land wohnhaften Versicherten im Sinne des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden nach Maßgabe der folgenden Absätze auf der Grundlage der nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erhobenen Daten ermittelt.

(2) Die Zuweisungen, die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben nach den §§ 266 und 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Fassung für ihre Versicherten erhalten, werden anteilig um die Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung nach § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gekürzt.

(3) Die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen werden je Krankenkasse durch die Versicherungstage der Versicherten der Krankenkasse geteilt und mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht. Die Summe der Ergebnisse nach Satz 1 aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt die bundeslandspezifischen Zuweisungen. Außer Betracht bleiben die auf Grund der Anwendung des § 33c Abs. 2 eingetretenen Veränderungen der Zuweisungen an die Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten.

§ 33c

Durchführung der Übergangsregelungen

(1) Das Bundesversicherungsamt stellt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der nach § 33a ermittelten bereinigten Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen den nach § 33b ermittelten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen für ihre in diesem Land wohnhaften Versicherten gegenüber. Dabei ist sicherzustellen, dass die Summe der Zuweisungen an alle Krankenkassen der Summe der bereinigten Einnahmen aller Krankenkassen entspricht, indem die Summe der Zuweisungen an alle Krankenkassen durch die Summe der bereinigten Einnahmen aller Krankenkassen geteilt wird und das Ergebnis jeweils mit den bereinigten Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne des § 33a vervielfacht wird. Ergibt die Gegenüberstellung, dass die Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in der Summe übersteigen, liegt eine Belastung vor.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, dass die Belastung aller in einem Land tätigen Krankenkassen im Jahr 2009 einen Betrag von 100 Mio. Euro (Schwellenwert) übersteigt, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land im Jahresausgleich so zu erhöhen, dass die Belastung den Schwellenwert genau erreicht; die Differenz zwischen der Belastung aller in einem Land tätigen Krankenkassen und dem Schwellenwert ergibt den Kappungsbetrag. Der Betrag, um den die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land zu erhöhen sind, wird ermittelt, indem der Kappungsbetrag durch die Versicherungstage der in dem Land wohnhaften Versicherten geteilt und je Krankenkasse mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht wird. Ab 2010 erhöht sich der Schwellenwert nach Satz 1 in jährli-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

chen Schritten um jeweils 100 Millionen Euro. § 39 Abs. 1 bis 4 gilt entsprechend.

(3) Die Regelungen des Absatzes 2 finden nur Anwendung, wenn die Gegenüberstellung nach Absatz 1 eine Überschreitung des Schwellenwertes im Sinne des Absatzes 2 ergibt. Die Regelungen der §§ 33 bis 33b sowie der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, das dem Jahr vorausgeht, in dem erstmalig in keinem Land eine Überschreitung des Schwellenwertes nach Absatz 2 festgestellt wurde.“

0c. Die Überschrift des § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34
Datenerhebungen und Gutachtenerstellung
zu den Übergangsregelungen zur
Einführung des Gesundheitsfonds“.

1. Nach § 34 wird folgender Achter Abschnitt eingefügt:

„Achter Abschnitt
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
(Risikostrukturausgleich) ab 2009

§ 35
Anwendbare Regelungen

(1) Vom Berichtsjahr 2009 an gelten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die §§ 36 bis 39. Der Erste bis Siebte Abschnitt dieser Verordnung sind weiterhin anzuwenden, soweit in den nachfolgenden Vorschriften oder im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Für die Durchführung des Jahresausgleichs nach § 19, des Risikopools nach § 28a und des Zwischenausgleichs nach § 17 Abs. 3a für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 sind die §§ 1 bis 28h in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu Grunde zu legen.

§ 36
Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen *jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds* nach § 271 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch *bereinigt um die für die Zuweisungen für sonstige Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen sowie die nach § 271 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben*. Die bereinigten *Einnahmen* sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein *Kalenderjahr* auf der Grundlage der *von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze* nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch *sowie der der Beitragsfestlegung zu Grunde liegenden Prognosen* fest.

1. Nach § 34 wird folgender Achter Abschnitt eingefügt:

„Achter Abschnitt
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
(Risikostrukturausgleich) ab 2009

§ 35
Anwendbare Regelungen

(1) Vom Berichtsjahr 2009 an gelten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die **Vorschriften dieses Abschnitts**. Der Erste bis Siebte Abschnitt dieser Verordnung sind weiterhin anzuwenden, soweit in den nachfolgenden Vorschriften oder im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) *unverändert*

§ 36
Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen **standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen** nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die **um auf diese Leistungsausgaben entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38 zu bereinigen sind, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten**. Die bereinigten **Ausgaben** sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein **Ausgleichsjahr** auf der Grundlage der **der Beitragssatzfestlegung** nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen fest.

Entwurf

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschale erfolgt bis zum 1. Januar 2009. Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale jährlich in geeigneter Form bis zum 31. Dezember bekannt, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2009.

§ 37

Zuweisungen für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse für jedes Ausgleichsjahr wie folgt:

1. Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen *mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält und bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt*, sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten bleiben außer Betracht, *die nach Absatz 2 ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist abzuziehen*.
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten der Krankenkassen zu teilen, *deren Aufwendungen für Verwaltungskosten nach Nummer 1 zu ermitteln sind*, und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen zu teilen, *deren Aufwendungen für Verwaltungskosten nach Nummer 1 zu ermitteln sind*, und mit der Zuweisung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen.
4. Die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

Die Höhe der Zuweisungen für die Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält und bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, wird anhand der Aufwendungen für Verwaltungskosten dieser Krankenkassen entsprechend den Regelungen in Satz 2 ermittelt. Als Betriebskrankenkassen im Sinne von

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale **sowie der Werte nach § 266 Abs. 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009. Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale **einschließlich ihrer Erläuterung** jährlich in geeigneter Form bis zum 31. Dezember bekannt, die Bekanntmachung der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2009.

§ 37

Zuweisungen für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse **im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der der Beitragsatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen** wie folgt:

1. Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten **sowie die auf Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten**, bleiben außer Betracht;
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten **aller** Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für **alle** Krankenkassen zu teilen und mit der Zuweisung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;
4. **die** Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

Entwurf

Satz 2 Nummer 1 und Satz 3 gelten alle Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält, sofern sie nicht dem Bundesversicherungsamt nachweisen, dass der Arbeitgeber nicht auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung für jedes Ausgleichsjahr wie folgt: Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen im Sinne des Absatzes 1 Satz 4 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen.

(3) Die Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 und Absatz 2 gelten bis zum 31. Dezember 2010. Vor Ablauf dieses Zeitraumes überprüft das Bundesministerium für Gesundheit anhand der für das Jahr 2009 erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen die finanziellen Auswirkungen der Anwendung der Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 auf die Krankenkassen sowie der Anwendung des Absatzes 2 auf die knappschaftliche Krankenversicherung. Auf der Grundlage dieser Überprüfung sind durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Prozentwerte sowie die Kriterien für die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2011 festzulegen. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der monatlichen Zuweisungen nach Maßgabe der Absätze 1 und 2.

(4) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse für jedes Ausgleichsjahr wie folgt:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) entfällt

(2) Die Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 gelten bis zum 31. Dezember 2010. Vor Ablauf dieses Zeitraumes überprüft das Bundesministerium für Gesundheit anhand der für das Jahr 2009 erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen die finanziellen Auswirkungen der Anwendung der Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 auf die Krankenkassen. Auf der Grundlage dieser Überprüfung sind durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Prozentwerte ab dem 1. Januar 2011 festzulegen. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der monatlichen Zuweisungen nach Maßgabe des Absatzes 1.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen wie folgt: die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 abzuziehen. Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der

Entwurf

1. Die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen auf Grund von § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Krankenversicherung und Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht bleiben.
2. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen.
3. Das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.

(5) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November.“

2. Der bisherige § 33 wird § 38.
3. Nach § 38 wird folgender § 39 angefügt:

„§ 39
Durchführung des
Zahlungsverkehrs und Kostentragung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch. *Das Nähere zum Verfahren für die monatlichen Zuweisungen einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt.*

(2) Das Bundesversicherungsamt *legt das Nähere zum monatlichen Verfahren einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen im Startjahr des Gesundheitsfonds nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fest, bis die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 in Kraft tritt.*

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen wie folgt:

1. unverändert
2. unverändert
3. unverändert

(5) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November, **die Bekanntmachung für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009.**“

2. unverändert
3. Nach § 38 wird folgender § 39 angefügt:

„§ 39
Durchführung des
Zahlungsverkehrs und Kostentragung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesversicherungsamt **ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenzahl. § 3 Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.**

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für alle Krankenkassen jeweils zum 31. März und zum

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.“

30. September die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 Satz 1 unter Berücksichtigung der Datenmeldung nach § 32 neu und teilt diese den Krankenkassen mit. Die bis dahin geleisteten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1 neu ermittelt. § 17 Abs. 3a Satz 4 bis 6 und § 14 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass das für den Zahlungsverkehr zuständige Bundesversicherungsamt an die Stelle der Deutschen Rentenversicherung Bund tritt.

(4) Das Bundesversicherungsamt zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitszeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt.

(5) Die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.“

4. Die folgenden §§ 40 bis 41 werden angefügt:

„§ 40

Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der der Beitragssatzfestlegung zu Grunde liegenden Prognosen wie folgt den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind:

- 1. Die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 39 Abs. 5 sowie die nach § 137g Abs. 1 Satz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten zu bereinigen;**
- 2. von dem Wert nach Nummer 1 ist die Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzuziehen;**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und die Zahl 12 zu teilen;
4. das Ergebnis nach Nummer 3 ist für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, zu vervielfachen.

(2) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009.

§ 41 Jahresausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) folgende Zahlen neu:

1. Die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge;
2. die Werte nach § 37 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 4 Satz 2 Nr. 2;
3. die Erhöhung der Zuweisungen nach § 33c Abs. 2.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse wie folgt den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind:

1. Von dem Wert nach § 40 Abs. 1 Nr. 1 ist die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzuziehen;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen zu teilen;
3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder zu vervielfachen.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauschalen nach § 36 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 und § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) Das Bundesversicherungsamt gibt die nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, steht der Krankenkasse der überschießende Betrag zu. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Die Beträge nach den Sätzen 2 und 3 sind mit ihrer Bekanntgabe an die Krankenkassen fällig.

(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres durchzuführen.“

Artikel 6a

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12c Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 13. August 2008 (BGBl. I S. 1690) geändert worden ist, wird nach Nummer 2a folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. nähere Bestimmungen zum Wechsel in den Basistarif gemäß § 12 Abs. 1b und zu einem darauf folgenden Wechsel aus dem Basistarif zu erlassen,“.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2010 in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 1 bis 5, in Nummer 8 der § 171c und die Nummern 11 bis 14 sowie Artikel 2 Nr. 3, Artikel 3 Nr. 3, Artikel 4 und 6 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2009 in Kraft, soweit in **den nachfolgenden Absätzen** nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 2a Nr. 2 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2008 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 1i tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2008 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 11b tritt am ... [einfügen: Tag der dritten Lesung] in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 1d, Nr. 1e, Nr. 2e, Nr. 2f, Nr. 14e, Artikel 2b, Artikel 2c und Artikel 4 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(6) Artikel 1 Nr. 2d tritt am 1. April 2009 in Kraft.

(7) Artikel 1 Nr. 1b, Nr. 6, Nr. 7, in Nummer 8 die §§ 171d bis 171f, Nr. 9, Nr. 15, Artikel 2 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 4, Nr. 5, Artikel 2d, Artikel 2e, Artikel 3 Nr. 1, Nr. 2 und Artikel 5 treten am 1. Januar 2010 in Kraft.“

Bericht der Abgeordneten Jens Spahn, Dr. Carola Reimann, Daniel Bahr (Münster), Frank Spieth und Birgitt Bender

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf **Drucksachen 16/9559, 16/10070** in seiner 169. Sitzung am 19. Juni 2008 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Ziel des Gesetzes ist es, durch die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen gleiche Rahmenbedingungen für sämtliche Krankenkassen zu schaffen, die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen zu erhöhen und eine stärkere Nachhaltigkeit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen.

Wesentlicher Regelungsbestandteil ist die Herstellung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010. Die Länder können ab diesem Zeitpunkt die ihnen unterstehenden landesunmittelbaren Krankenkassen nicht mehr nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung (InsO) für insolvenzunfähig erklären. § 12 Abs. 2 InsO, wonach die Länder für Ansprüche der Beschäftigten der für insolvenzunfähig erklärten Krankenkassen auf Zahlung von Insolvenzgeld und einer zugesagten betrieblichen Altersversorgung haften, findet ab 1. Januar 2009 keine Anwendung mehr. Analog den Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes und des Kreditwesengesetzes kann allein die Aufsichtsbehörde einen Insolvenzantrag stellen.

Durch die Herstellung der Insolvenzfähigkeit werden auch die landesunmittelbaren Krankenkassen beitragspflichtig zur Insolvenzsicherung nach dem Betriebsrentengesetz. Die Beitragspflicht und die entsprechende Leistungspflicht des Pensions-Sicherungs-Vereins gelten nur für ab dem 1. Januar 2010 erworbene Versorgungsanwartschaften.

Die Transparenz bezüglich der finanziellen Situation der Krankenkassen wird dadurch verbessert, dass diese nach Herstellung der Insolvenzfähigkeit verpflichtet sind, bei Vorliegen von Anhaltspunkten für eine Überschuldung eine Sonderbilanz in Form eines Überschuldungsstatus nach § 19 InsO vorzulegen. Zur weiteren Verbesserung ihrer finanziellen Transparenz werden alle Krankenkassen verpflichtet, über einen Zeitraum von bis zu 40 Jahren ein ausreichendes Deckungskapital für die eingegangenen Versorgungspflichten zu bilden, um eine insolvenzrechtliche Überschuldung zu vermeiden und einer zeitlichen Verschiebung von Versorgungslasten in die Zukunft entgegenzuwirken. Die Einzelheiten zum Aufbau des Deckungskapitals werden im Jahr 2009 durch Rechtsverordnung geregelt.

Wegen der besonderen Situation der Krankenkassen sind Sonderregelungen für die Haftung für Verpflichtungen einer insolvent gewordenen Krankenkasse vorgesehen. Dies be-

trifft zum einen Verpflichtungen aus Versorgungszusagen. Soweit nicht der Pensions-Sicherungs-Verein haftet, wie z. B. bei den in der Vergangenheit erworbenen Ansprüchen der Dienstordnungsangestellten, haftet hierfür der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Refinanzierung der von ihm erbrachten Leistungen durch die anderen Krankenkassen der betroffenen Kassenart und ggf. der Krankenkassen der anderen Kassenarten. Zum anderen gibt es besondere Regelungen für Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer, die aus verfassungsrechtlichen Gründen vollumfänglich erfüllt werden müssen. Die Haftung der anderen Krankenkassen der betroffenen Kassenart ist zur Vermeidung einer Überforderung auf das Volumen von 1 Prozent der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an diese Krankenkassen begrenzt. Für darüber hinausgehende Ansprüche haften die Krankenkassen der anderen Kassenarten.

Durch die Beibehaltung der Regelungen über die Schließung einer Krankenkasse wegen nicht mehr dauerhaft gesicherter Leistungsfähigkeit kann die Abwicklung einer betroffenen Krankenkasse künftig auf zwei Wegen erfolgen: Zum einen durch die Schließung dieser Kasse durch die Aufsichtsbehörde nach dem SGB V und zum anderen auf der Grundlage eines von der Aufsichtsbehörde zu stellenden Insolvenzantrags nach der InsO. Dabei soll die Aufsichtsbehörde vorrangig von ihrem Schließungsrecht Gebrauch machen. Sie hat die Möglichkeit, bis zum Wirksamwerden der Schließung zusammen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Abwicklung der betroffenen Krankenkasse durch Organisation finanzieller Hilfen oder Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu verhindern.

Der Gesetzentwurf enthält ferner Regelungen zur Vorbeugung gegen eine drohende dauerhafte Leistungsunfähigkeit, Überschuldung oder Zahlungsunfähigkeit. Die Krankenkassen können insbesondere freiwillige Unterstützungsleistungen zugunsten Not leidender Krankenkassen erbringen. Die die Finanzlage betreffenden Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Aufsichtsbehörden werden verschärft. Gleiches gilt für die Kontrollrechte der Aufsichtsbehörden und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. In dessen Satzung sind außerdem Regelungen zur Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung bzw. Erleichterung von Vereinigungen finanziell gefährdeter Krankenkassen mit anderen Krankenkassen aufzunehmen. Die Aufsichtsbehörde kann eine Krankenkasse auch gegen ihren Willen mit einer anderen fusionswilligen Krankenkasse vereinigen, wenn nur so ihre Leistungsfähigkeit dauerhaft gesichert oder eine Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung vermieden werden kann.

Schließlich werden die Krankenkassen verpflichtet, die wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze einer ordnungsgemäßen Buchführung und Bilanzierung zu beachten. Durch Rechtsverordnung können Ausführungsbestimmungen hierzu erlassen werden. Verpflichtungen aus Versorgungszusagen sind von den Krankenkassen künftig zwingend zu bilanzieren.

Der Bundesrat hat in seiner 846. Sitzung am 4. Juli 2008 zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen und eine Vielzahl von Änderungsanträgen zum Entwurf des GKV-OrgWG beschlossen (vgl. Drucksache 16/10070). Zu den Änderungsanträgen, denen die Bundesregierung zugestimmt hat, gehören u. a. die gesundheitspolitisch bedeutsamen Vorschläge, die Altersgrenze von 68 Jahren in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung aufzuheben, und die Klarstellung der Versicherungsfreiheit von Beamten ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Für die vom Bundesrat vorgeschlagene Ausnahme von der Beitragspflicht zum Pensions-Sicherungs-Verein bei Mitgliedschaft in öffentlich-rechtlichen Zusatzversorgungseinrichtungen hat die Bundesregierung eine Prüfzusage erteilt. Gleiches gilt für die Rechnungslegung des Gesundheitsfonds entsprechend den für die Krankenkassen geltenden Regelungen.

Den überwiegenden Teil der Vorschläge des Bundesrates, insbesondere eine Stärkung der Rolle der Landesverbände und Änderungen der ärztlichen Vergütung hat die Bundesregierung abgelehnt.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 113. Sitzung am 15. Oktober 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfohlen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss empfohlenen Änderungen anzunehmen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 87. Sitzung am 15. Oktober 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfohlen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss empfohlenen Änderungen anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 97. Sitzung am 15. Oktober 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfohlen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss empfohlenen Änderungen anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 65. Sitzung am 15. Oktober 2008 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfohlen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss empfohlenen Änderungen anzunehmen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen in der 90. Sitzung am 25. Juni 2008 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Die Beratungen des Ausschusses wurden in der 92. Sitzung am 19. September 2008 fortgesetzt.

Die Anhörung fand in der 94. Sitzung am 24. September 2008 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e. V. (BPM), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e. V. (bjk), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP), Betriebskrankenkassen im Unternehmen e. V. (BKK im Unternehmen), BKK Bundesverband (BKK BV), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesrechtsanwaltskammer (BRAK), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband des Sanitätsfachhandels e. V. (BVS), Bundesverband deutscher Banken, Bundesverband Hausärztlicher Internisten e. V. (BHI), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK), dbb Beamtenbund und Tarifunion, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG e. V.), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutscher Anwaltverein (DAV), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Generika Verband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Eurocom – Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS), Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., IKK-Bundesverband (IKK-BV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Knappschaft, NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (PSVaG), Pro Generika e. V., SPECTARIS Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Verband der Angestellten Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV), Verband der Diagnostica-Industrie e. V. (VDGH), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V., Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP), Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK), VID Verband Insolvenzverwalter Deutschlands

e. V., Wettbewerbszentrale – Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e. V., Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH), Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Gregor Thüsing, Prof. Dr. Jürgen Kruse, Claudia Korf, Dr. Rainer Daubenbüchel, Ingeborg Simon, Dr. Ernst Hauck, Prof. Dr. Helge Sodan und Andreas Podeswik eingeladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat seine Beratungen in der 95. Sitzung am 13. Oktober 2008 fortgesetzt und in der 96. Sitzung am 15. Oktober 2008 abgeschlossen. Die von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksachen 16(14)0413, zu 16(14)0413 und 16(14)0426 vorgelegten Änderungsanträge Nummer 36 – neu – (zu 16(14)0413) und Nummer 2 (16(14)0426) wurden mit den Stimmen aller Mitglieder des Ausschusses, die Anträge Nummer 13 – neu – (zu 16(14)0413) und Nummer 3 (16(14)0426) mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der FDP, der Antrag Nummer 37 (16(14)0413) mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der FDP und der Antrag Nummer 14 (16(14)0413) mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die übrigen, von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf den Ausschussdrucksachen 16(14)0413, zu 16(14)0413, 16(14)0426 und 16(14)0441 vorgelegten Änderungsanträge wurden mit den Stimmen der Mitglieder der antragstellenden Fraktionen gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Als Ergebnis empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Annahme des Gesetzentwurfs in der von ihm geänderten Fassung.

Die vom Ausschuss beschlossenen Änderungsvorschläge beziehen sich im Wesentlichen auf folgende Regelungsbe-
reiche:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

- Neuregelung des Anspruchs auf enterale Ernährung;
- Erweiterung des Anspruchs auf sozialmedizinische Nachsorge bis zum 14., in besonderen Fällen bis zum 18. Lebensjahr;
- Anwendbarkeit des materiellen Vergaberechts auf Einzelverträge der Krankenkassen, Durchführung einer vergaberechtlichen Nachprüfung vor den Vergabekammern; Rechtswegzuweisung an die Sozialgerichtsbarkeit und Bestimmung der Landessozialgerichte als Beschwerdegerichte;

- psychotherapeutische Leistungserbringer: die Quoten werden auf 25 Prozent für psychotherapeutisch tätige Ärzte und Ärztinnen und auf 20 Prozent für psychotherapeutische Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, festgesetzt;

- Pflicht der Krankenkassen, bis zum 30. Juni 2009 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, und Stärkung des Verhandlungsmandats der Gemeinschaften von Hausärzten;

- Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer;

- Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung; u. a. Einführung eines Präqualifizierungsverfahrens mit Übergangsfrist für nach altem Recht zugelassene Leistungserbringer, Schaffung eines Beitrittsrechts zu den im Verhandlungsweg abgeschlossenen Versorgungsverträgen und Regelungen zur Verhinderung unzulässiger Praktiken in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten;

- Stärkung der Subsidiarität von kassenarteninternen Finanzhilfen gegenüber Hilfen des Spitzenverbandes Bund;

- Neuregelung der Finanzierung der Landesverbände nach dem Wohnortprinzip;

- Regelungen zur Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds;

- Änderungen zur Klarstellung und Durchführbarkeit der Konvergenzregelung; Heranziehen der Beitragssätze zum 30. Juni 2008 für die Ermittlung der Belastungen in der Konvergenzphase;

- die Übermittlung der Daten der Apothekenrechenzentren an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Steuerungs-
zwecken und an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) oder an eine von diesem benannte Stelle zur Analyse der Arzneimittelausgaben und zur Evaluation gesetzlicher Maßnahmen wird sichergestellt;

- die Sonderregelung zur Standardisierung der Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung in der RSAV findet keine Anwendung mehr, wenn das Bundesversicherungsamt (BVA) feststellt, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung im Haushaltsplan der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, bei der Rechnungslegung und beim Jahresabschluss gesondert und detailliert ausgewiesen werden und dies den für die anderen Krankenkassen geltenden Anforderungen entspricht.

Zu Artikel 4 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)

- Gegenfinanzierung der Konvergenzregelung nicht von den Krankenkassen der übrigen Länder, sondern über die Liquiditätsreserve;

- Verbesserung der Rechtsstellung der Beschäftigten bei den Bundesverbänden der Krankenkassen.

Zu Artikel 4a (Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes)

- Finanzierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin;

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

- Umsetzung des § 272 SGB V durch Regelung der Einzelheiten zur Umsetzung der Konvergenzregelung (Begriffsbestimmungen, Ermittlung von Belastungen und Festlegung des Ausgleichsmechanismus);
- Festlegung wesentlicher Vorgaben für das monatliche Abschlagsverfahren;
- Definition der Grundpauschale auf Basis der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen, so dass sie den durchschnittlichen Versorgungsbedarf eines Versicherten wiedergibt;
- Veränderung der Zuweisungen, falls die Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht den GKV-Ausgaben entsprechen durch Verteilung des Unterschiedsbetrages in gleichen Eurobeträgen je Mitglied;
- die Sonderregelung zur Standardisierung der Verwaltungsausgaben der betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen entfällt, sodass insoweit die gleichen Regelungen gelten wie für die anderen Krankenkassen auch.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Der überwiegende Teil des Gesetzes tritt am 1. Januar 2009 in Kraft. Hierzu gehören insbesondere die Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds und die Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

Die Regelungen über die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte und -zahnärzte, die Neuregelung der Finanzierung der Landesverbände und die Regelungen über die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die Einzelverträge der Krankenkassen sollen bereits im letzten Quartal 2008 wirksam werden. Für diese Regelungen ist daher ein sofortiges bzw. rückwirkendes Inkrafttreten vorgesehen.

Die Neuregelung der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten bei der Versorgung mit Hilfsmitteln tritt am 1. April 2009 in Kraft, damit die Beteiligten die Möglichkeit haben, sich auf die geänderten Rahmenbedingungen einzustellen.

Dem Ausschuss lag zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 16/9559 eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petentin sprach sich im Wesentlichen gegen eine Einbeziehung der Verwaltungskosten der Krankenkassen in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) aus. Dies führe zu einer Benachteiligung von Krankenkassen, denen es bereits gelungen sei, ihre Verwaltungskosten nachhaltig zu senken, gegenüber solchen Krankenkassen, die bislang keine bzw. kaum entsprechende Anstrengungen unternommen hätten.

Dem Anliegen der Petentin wurde nicht entsprochen.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** hoben hervor, dass der Gesetzentwurf im Wesentlichen drei Regelungskomplexe enthalte, die für die Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen, aber auch für die Gesundheitspolitik insgesamt, von großer Bedeutung seien.

Der erste Regelungsbereich betreffe die Herstellung der Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkassen. In den vergangenen Jahren habe sich ein allgemeines Unbehagen über die Intransparenz der finanziellen Situation der Krankenkassen entwickelt, das eine gesetzgeberische Maßnahme notwendig gemacht habe. Der Gesetzentwurf verfolge nicht das Ziel, die Regelungen, die für die Privatwirtschaft gälten, einfach auf die öffentlich-rechtlichen Kassen zu übertragen. Vielmehr gehe es darum, in diesem Bereich eine größere Transparenz zu schaffen, indem man klare Regelungen in Bezug auf Tatbestände wie Verschuldung, Verbindlichkeiten und anderes mehr treffe.

Der zweite Teil beinhalte eine Weiterentwicklung von Bestimmungen, die für eine erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsfonds zu dem Datum 1. Januar 2009 erforderlich seien. Im Einzelnen gehe es dabei um die 50/50-Regelung bei den Verwaltungskosten sowie um die Veränderung bei der Konvergenz. Damit vergrößere sich die Planungssicherheit für die Krankenkassen, insbesondere im Hinblick auf die finanzielle Entwicklung. Unabhängig davon, wie man grundsätzlich den Gesundheitsfonds politisch beurteile, sei doch unbestreitbar, dass mit den zu beschließenden Neuregelungen eine optimale verwaltungstechnische Umsetzung garantiert sei. Hierbei zahle sich auch aus, dass das Bundesverwaltungsamt in enger Kooperation mit den Krankenkassen eine hervorragende Vorarbeit geleistet habe.

Der dritte Regelungskomplex beinhalte Änderungen im Bereich des GKV-WSG, mit denen unvorhersehbare Entwicklungen, die den Intentionen des Gesetzes zuwiderliefen, korrigiert würden. Im Einzelnen betreffe dies unter anderem die Ausschreibungen für Hilfsmittel, für die neue Rahmenbedingungen geschaffen würden, sowie das Vergaberecht.

Man hätte zwar grundsätzlich an der einen oder anderen Stelle eine weitergehende Lösung vorgezogen, etwa eine klare kartellrechtliche und auch zivilgerichtliche Lösung, man könne aber den politischen Kompromiss, den man in den Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und SPD letztlich gefunden habe, mit guten Gründen vertreten. Die Gesetzesänderungen schafften Rechtssicherheit für die Beschäftigten, insbesondere bei den Betriebs- und den Innungskrankenkassen, regelten die Weiterbildung für Ärzte und beinhalteten auch die von vielen geforderte Aufhebung der Altersgrenze für Ärzte, die auch für all diejenigen gelte, die im laufenden Jahr das Alter von 68 Jahren erreichten.

Die **Fraktion der SPD** unterstrich, dass im Startjahr des Gesundheitsfonds 100 Prozent der Ausgaben in der GKV durch die Einnahmen des Fonds gedeckt würden. Jedoch könne diese Deckungsquote aufgrund verschiedener Effekte im Zeitablauf unterschritten werden. In diesem Fall sei der Differenzbetrag durch eine Absenkung der Zuweisungen auf die Kassen zu verteilen. Die vorgeschlagene pauschalierte, mitgliederbezogene Kürzung bei einer Fondsunterdeckung stelle nach Auffassung der Fraktion der SPD die einzig wettbewerbsneutrale Lösung dar, welche die Positionen der Kassen im Wettbewerb nicht verändere und den Kassen

keine Anreize zur Risikoselektion zu Lasten der Versicherten gebe.

Hervorgehoben wurde auch, dass den Krankenkassen bei einer Zuweisung der Verwaltungskosten jeweils zu 50 Prozent nach Morbidität und Zahlen der Versicherten falsche Anreize gegeben würden. Insbesondere bei den großen Versorgerkassen bestehe die Gefahr, dass die personalaufwendige Betreuung und Beratung von Krankenversicherten eingeschränkt werden könne, wenn bei der Bemessung der Verwaltungskosten die Morbidität nicht stärker berücksichtigt würde. Die Krankenkassen bräuchten einen angemessenen Ausgleich für ihre Verwaltungskosten. Das in der Pflegeversicherung bereits bewährte Verhältnis von 70/30 sei das richtige Maß, um die tatsächlichen Kosten widerzuspiegeln. Die vorgesehene Überprüfung nach zwei Jahren stelle sicher, dass Fehlentwicklungen vorgebeugt würde.

Durch eine Präzisierung des gesetzlichen Leistungsanspruchs werde die Absicherung des Umfangs der bisherigen Leistungen im Bereich der enteralen Ernährung erreicht. Mit der neuen Regelung sei eine Versorgung von Versicherten mit anderen diätetischen Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke, wenn dies medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sei, gewährleistet. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in seinen Richtlinien eine Konkretisierung dieser Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen.

Die Übermittlung der Daten der Apothekenrechenzentren an die kassenärztlichen Vereinigungen und das BMG bzw. an eine vom BMG benannte Stelle sei zu Steuerungszwecken bzw. zur Analyse der Arzneimittelausgaben und Evaluation gesetzlicher Maßnahmen zum Zwecke wirtschaftlicherer Ordnungsweisen notwendig. Die dafür notwendigen Datenübermittlungsvorschriften würden mit dem Gesetzentwurf geschaffen. Sichergestellt sei, dass das BMG bzw. die von ihm benannte Stelle die Daten nicht arzt- oder versichertenbezogen erhalten würde.

Eine zentrale Änderung sei auch die klare Rechtswegzuweisung beim Vergaberecht. Rechtsbehelfe gegen Entscheidungen der Vergabekammern würden nun einheitlich den Landessozialgerichten zugewiesen. Bei der Anwendung des Vergaberechts ist der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen. Die Regeln für die Ausschreibung und Vergabe von Arzneimittelrabattverträgen sowie die Institutionen, die bei vergaberechtlichen Streitigkeiten über sie zu befinden haben, stehen damit eindeutig fest. Das schafft Rechtsklarheit und -sicherheit.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen werde künftig eine bedarfsplanungsrechtliche Mindestquote in Höhe von 20 Prozent für solche psychotherapeutischen Leistungserbringer vorgesehen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandle. Das gewährleiste, dass mindestens 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten für diese Leistungserbringer reserviert würden. Hiervon unberührt bleibe die Möglichkeit für die Zulassungsausschüsse, bei einem besonderen regionalen Versorgungsbedarf durch die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen weitere, besonders qualifizierte psychotherapeutische Leistungserbringer zur Versorgung in der GKV zuzulassen.

Nach Auffassung der Fraktion der SPD ist es sachgerecht, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bei der Zuweisung der Verwaltungskosten genauso behandelt wird wie alle anderen Krankenkassen auch, wenn sichergestellt ist, dass die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung im Haushaltsplan der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und entsprechend auch bei der Rechnungslegung und beim Jahresabschluss gesondert und detailliert ausgewiesen werden und die Anforderungen an die knappschaftliche Krankenversicherung somit auch in dieser Hinsicht an die der übrigen Krankenkassen angepasst werden. Stellt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage von ausreichenden Nachweisen der Bundesknappschaft die Erfüllung dieser Voraussetzungen rechtzeitig vor der Bekanntgabe der Zuweisungen fest, ist das für die übrigen Krankenkassen geltende Standardisierungsverfahren anzuwenden.

Betont wurde auch, dass es die Fraktion der SPD für sinnvoll hält, wenn kasseninterne Finanzhilfen in Form von Darlehen gewährt werden könnten. Dadurch würden die kasseninterne Solidarität gestärkt und die Kassen besser gegen finanzielle Risiken abgesichert. Diese kassenarteninterne Solidarität sei im Übrigen nicht zu vergleichen mit verbotenen Bankkrediten.

Die Regelungen zum Personalübergang bei den bisherigen Spitzenverbänden würden endlich Rechtssicherheit für die Beschäftigten schaffen. Diese Änderungen seien notwendig, weil im BKK- und IKK-System kaum die Bereitschaft der Beteiligten vorhanden sei, wegen des Aufgabenwegfalls bei den Bundesverbänden sozialverträgliche Lösungen für die Beschäftigten zu finden. Den Bundesverbänden der Krankenkassen würde die gesetzliche Pflicht auferlegt, die Beschäftigten innerhalb von vier Jahren in Beschäftigungsverhältnisse zu vermitteln. Bis dahin seien betriebsbedingte Kündigungen unzulässig. Diese Verpflichtung würde durch einen Ausgleichsanspruch zu Gunsten der Krankenkassen und Landesverbände der Kassenarten flankiert, die Bundesverbandbeschäftigte aufnehmen.

Begrüßt wurde, dass die Selbstverwaltung gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen herausgeben soll, um diesbezügliche Unsicherheiten bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln auszuräumen. Hierdurch seien die Belange der Patientinnen und Patienten betroffen, weshalb eine beratende Mitwirkung der maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene vorgesehen sei.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** hoben hervor, dass das GKV-OrgWG letztlich ein Korrekturgesetz der Gesundheitsreform 2007 sei. Durch diese Änderung würde aber aus einer falschen Reform kein sachgerechtes Regelwerk, vielmehr würde der Weg in ein immer weiter zentralistisches und letztlich auch staatliches Gesundheitswesen beschritten. Die Übertragung des Insolvenzrechts auf alle Krankenkassen sei so lange problematisch, wie sie gesetzliche Körperschaften seien und ihr Handlungsspielraum fast 100-prozentig politisch determiniert sei. Das Wettbewerbs- und Kartellrecht müsse auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen werden, um einen einheitlichen Ordnungs- und Wettbewerbsrahmen zu schaffen, der einen Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung verhindert. Durch eine Teilübertragung einiger Regelungen werde das Ziel, zu

mehr Wettbewerb zu kommen, nicht erreicht. Es bestehe vielmehr die Sorge, dass durch eine Vielzahl zu erwartender Kassenfusionen noch größere Strukturen entstünden, die mit ihrer Nachfragemacht eine marktbeherrschende Stellung erreichen könnten und notwendiger Wettbewerb hierdurch erlahme. Auch die im Beratungsverfahren eingebrachten Änderungen zu § 73b SGB V würden den Wettbewerb nicht verbessern, sondern ein Privatmonopol schaffen. Zudem stoße diese Regelung auf gravierende rechtliche Bedenken.

Positiv bewerte die Fraktion, dass in dem Gesetzentwurf die langjährige Forderung der Fraktion der FDP nach Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte, die sogenannte 68er-Regelung, endlich aufgegriffen werde. Die Fraktion der FDP hätte sich allerdings gewünscht, dass eine Regelung für alle Ärzte, die in diesem Jahr das 68ste Lebensjahr vollendeten, beschlossen worden wäre.

Die Mitglieder der **Fraktion DIE LINKE.** bezeichneten die im Zusammenhang mit dem Start des Gesundheitsfonds 2009 geplante Einführung der Insolvenzfähigkeit aller gesetzlichen Krankenkassen als einen „Ablasshandel“ der Bundesregierung mit den Bundesländern. Problematisch sei, dass die Krankenkassen, gestützt auf die ständige Rechtsprechung, eher „nachgeordnete staatliche Behörden“ darstellen, die im Unterschied zu normalen Wirtschaftsunternehmen mittelbar einen staatlichen Auftrag zu erfüllen hätten. Insofern führe die Insolvenzfähigkeit von Kassen, die mit der Entlastung der Bundesländer und ihrer Entlassung aus der finanziellen Verantwortlichkeit einhergehe, zu einer Schwächung bzw. Preisgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen sei aus verschiedenen Gründen der falsche Weg. Sie sei darüber hinaus „so überflüssig wie ein Kropf“, da man mit dem Verfahren der Schließung rechtlich vollkommen ausreichend ausgestattet sei.

Die geplante Einführung des Gesundheitsfonds mit dem von der Bundesregierung zu niedrig festgelegten Beitragssatz und der Unterdeckungs-Regelung von 95 Prozent bedeute für die Krankenkassen eine strukturelle Unterfinanzierung. Dies führe nicht nur zu Zusatzbeiträgen auf dem Rücken der Versicherten, sondern auch zu möglichen Insolvenzen von Krankenkassen schon in absehbarer Zeit.

Auch entstehe eine Haftungslücke, da zum 1. Januar 2009 die Enthftung der Bundesländer vorgesehen sei, während das Insolvenzrecht mit all seinen Folgen erst zum 1. Januar 2010 in Kraft trete.

Begrüßt würden die Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung sowie die Verbesserung der Rechtsstellung Beschäftigter bei den Bundesverbänden und die Regelungen im Psychotherapeutenbereich.

Entschieden abgelehnt wird der derzeit vorgeschlagene Verteilungsmodus für die Verwaltungskosten. Sachgerecht sei stattdessen eine Verteilung 70 Prozent nach Morbidität und 30 Prozent nach Versichertenzahlen, da Kassen mit einem hohen Anteil beratungsintensiver Versicherter einen deutlichen höheren Betreuungs- und Verwaltungsaufwand als Internetkassen zu bewältigen hätten. Nur mit dem Schlüssel 70:30 könnten ein hochwertiger Service für die Versicherten gewährleistet und Arbeitsplätze für Beschäftigte der Krankenkassen gesichert werden.

Die Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung des § 73b seien ein Wahlkampfgeschenk an die CSU zur Beruhigung der Kampfeslust der dortigen Ärzteverbände gewesen. Die 50-Prozent-Quorumsregelung ersetze im Grunde das bisherige KV-Monopol zukünftig durch eines mit einem freien privatrechtlichen Verband anstelle mit bislang einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Dies könne die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gefährden.

Hinsichtlich der Vertragsgestaltung der Kassen mit Leistungsanbietern bei Hilfsmitteln seien die Koalitionsfraktionen nun zumindest teilweise auf die schon in der Debatte des GKV-WSG vorgetragenen Kritikpunkte eingegangen, jedoch ziele der Gesetzentwurf lediglich auf eine halbherzige Vermeidung der befürchteten Oligopolentwicklung, anstatt die Regelung des GKV-WSG abzuschaffen. Die Versicherten hätten nicht mehr in jedem Fall die freie Wahl, woher sie ihre Hilfsmittel beziehen. Hinzu käme die Gefahr der Entstehung eines Preiswettbewerbs, der zu Lasten der Qualität gehe. So sei trotz der Nachbesserungen zu befürchten, dass die wohnortnahe Versorgung auf lange Sicht nicht gewährleistet werden könne.

Die durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) und das GKV-WSG eingeführten Rabattverträge zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben seien mit vielfältigen Komplikationen bei ihrer Umsetzung verbunden.

Für Patienten und Apotheker würden sie Verunsicherungen, Lieferengpässe und finanzielle Nachteile mit sich bringen und kein wirksames Instrument der Kostensenkung darstellen. Darum sollten sie abgeschafft werden. Besser sei es, die Profitgier der Pharmaindustrie zu bekämpfen, endlich eine Positivliste einzuführen und unabhängige Information, Beratung sowie Forschung zu fördern.

Die Vertreter der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonten, dass auch die Krankenkassen die Konsequenzen ihres Finanzgebarens tragen müssten. Dazu gehöre auch das Insolvenzrisiko. Junktum sei allerdings, dass die Ansprüche von Versicherten, Beschäftigten und Leistungserbringern ausreichend geschützt würden.

Gleichwohl lehne die Fraktion den vorgelegten Gesetzentwurf ab, da die Koalitionsfraktionen mit dem Entwurf versuchten, einem Problem zu begegnen, das sie alleine geschaffen habe. Durch die Ablösung der kassenindividuellen Beitragssätze durch einen Einheitsbeitrag, die sukzessive Absenkung der Deckungsquote des Gesundheitsfonds auf bis zu 95 Prozent der erforderlichen Ausgaben der Krankenkassen und den unsozialen und falsch konstruierten Zusatzbeitrag würden in den nächsten Jahren viele Krankenkassen in die Zahlungsunfähigkeit geraten. Darunter auch solche, die zwar gut gearbeitet hätten, die aber auf Grund vieler Geringverdiener und beitragsfrei mitversicherter Kinder unter ihren Mitgliedern die finanzielle Lücke zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ihren Leistungsausgaben nicht mehr schließen könnten.

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN lehnte auch die vollständige Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ab. Damit werde dem ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchs in vielen Regionen der Weg in den Beruf verbaut. Ebenso abgelehnt wurde die Regelung, dass die Krankenkassenverträge zur hausärzt-

lichen Versorgung vorrangig mit solchen Gemeinschaften abschließen müssten, die mehr als 50 Prozent der allgemeinen Ärzte eines KV-Bezirks vertreten würden. Diese Regelung sei dem bayerischen Landtagswahlkampf geschuldet. Sie führe zu einem faktischen Vertragsmonopol des Hausärzterverbandes. Damit werde Wettbewerb verhindert und andere Ärztegruppen, die an der hausärztlichen Versorgung beteiligt seien – wie zum Beispiel Internisten, Ärztenetze und auch solche Allgemeinmediziner, die nicht dem Hausärzterverband angehören – würden diskriminiert. Zudem sei ein solcher, durch den Gesetzgeber erzwungener Verstoß gegen eine diskriminierungsfreie Auftragsvergabe verfassungsrechtlich sehr fragwürdig.

Positiv bewertete die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die vorgeschlagenen Änderungen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, zur bedarfsplanrechtlichen Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, zur beratenden Mitwirkung der maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene bei der Erstellung der Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich, zur Einführung eines Präqualifizierungsverfahrens im Bereich der Hilfsmittelversorgung sowie zur Verbesserung der Rechtsstellung der Beschäftigten der bisherigen Bundesverbände der Krankenkassen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 16/9559 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 0 (§ 6)

Es bedarf der ergänzenden Regelung, dass Versicherungsfreiheit für die in § 6 Abs. 1 genannten Personenkreise auch bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Eintritt der nachrangigen Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 besteht, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. April 2007 eingeführt wurde. Aufgrund der bisherigen Formulierung konnte für die in § 6 Abs. 1 genannten Personenkreise unter bestimmten Umständen die nachrangige Versicherungspflicht eintreten, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Insbesondere Beihilfeberechtigte, die keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil abgeschlossen haben, konnten von dieser Regelung erfasst werden.

Zum 1. Januar 2009 bedarf es der nachrangigen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für die in § 6 Abs. 1 genannten Personenkreise nicht mehr. Ab diesem Zeitpunkt besteht gemäß § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes für Personen mit Wohnsitz im Inland die Pflicht, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung betragsmäßig

auf maximal 5 000 Euro im Jahr begrenzt sind. Die Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung besteht nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind, bzw. für Personen, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung. Der von der Beihilfe nicht übernommene Kostenteil muss daher von Beihilfeberechtigten ab dem 1. Januar 2009 durch eine ergänzende Krankheitskostenversicherung in der privaten Krankenversicherung abgedeckt werden, die der o. g. Versicherungspflicht genügt (dabei ist auch die Versicherung in dem von allen Versicherungsunternehmen ab 1. Januar 2009 anzubietenden Basistarif möglich).

Diejenigen Personen, die derzeit der nachrangigen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, haben ab dem 1. Januar 2009 in der Regel (bei Vorliegen der erforderlichen Vorversicherungszeiten) die Möglichkeit, als freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu bleiben. Alle freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten haben innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes einen Anspruch gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen, dass ihnen Versicherung im Basistarif gewährt wird.

Zu Nummer 1a (§ 31)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung des Leistungsanspruchs auf enterale Ernährung nach § 31 Abs. 5 sowie um eine Klarstellung, dass für Verträge der Krankenkassen mit Leistungsanbietern die §§ 126 und 127 SGB V entsprechend anwendbar sind. Satz 3, der mit der derzeitigen Regelung (§ 31 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Satz 2 SGB V) identisch ist, muss aus redaktionellen Gründen an Satz 2 angefügt werden.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Neuregelung des Leistungsanspruchs auf enterale Ernährung nach § 31 Abs. 5.

Zu Buchstabe c

Der Wortlaut des geltenden gesetzlichen Leistungsanspruchs in § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V nennt ausdrücklich nur vier Produktgruppen diätetischer Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, nämlich Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 28. Februar 2008 (B 1 KR 16/07 R) festgestellt, dass aufgrund dieses Wortlauts für andere als die genannten Produktgruppen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, weil die Aufzählung der vier Produktgruppen abschließend ist. Damit reicht die gegenwärtige Regelung nicht aus, eine Versorgung von Versicherten mit anderen diätetischen Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke zu begründen, auch wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Begriffsbestimmung der diätetischen Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten) ist in § 1 Abs. 4a der Diätverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. April 2005 (BGBl. I S. 1161), zuletzt geändert

durch Artikel 5 der Verordnung vom 30. Januar 2008 (BGBl. I S. 132) getroffen. Sie unterscheiden sich damit deutlich von Lebensmitteln des allgemeinen Verzehrs.

Mit der vorliegenden Änderung wird geregelt, dass bilanzierte Diäten verordnungsfähig sind, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, z. B. bei Versicherten, die an angeborenen, seltenen Stoffwechseldefekten oder anderen diätspflichtigen Erkrankungen leiden, die ohne diätetische Intervention zu schwerer geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung führen, sowie allgemein bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden, normalen Ernährung, wenn mit anderen Maßnahmen (allein oder kombiniert) eine ausreichende Ernährung im Einzelfall nicht sichergestellt werden kann. Hierunter können beispielsweise Versicherte fallen, die an Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel, angeborenen Enzymdefekten (z. B. Phenylketonurie), Niereninsuffizienz, Kuhmilchweißallergie, multiplen Nahrungsmittelallergien, Fettverwertungsstörungen, gestörter Aufnahme- und Ausnutzungsfähigkeit von Nährstoffen (z. B. bei Kurzdarmsyndrom, Aids-assoziierten Diarrhöen, Mukoviszidose) oder an Schluckstörungen (z. B. nach Schlaganfall, bei Tumoren im Kopf/Halsbereich) leiden, sofern jeweils die entsprechenden Verordnungsvoraussetzungen vorliegen. Zu den verordnungsfähigen Produkten können auch spezifisch auf ein Krankheitsbild abgestimmte Spezialprodukte gehören, wenn sie medizinisch erforderlich sind. Grundsätzlich nicht verordnungsfähig sind dagegen etwa glutenfreie Spezialmehle, lactosefreie Milchprodukte, phenylalaninfreie Fertigprodukte und andere entsprechende Lebensmittel.

Es bleibt weiterhin dabei, dass die Versorgung mit Lebensmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln, so genannter Krankenkost und anderen diätetischen Lebensmitteln als bilanzierte Diäten grundsätzlich nicht zu den Aufgaben der GKV gehört, auch wenn therapeutische Effekte behauptet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, unter welchen Voraussetzungen die Verordnung von Produkten zur enteralen Ernährung medizinisch notwendig, zweckmäßig, wirtschaftlich und damit verordnungsfähig ist. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt dabei, die zunächst vorrangigen Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation zu konkretisieren, wobei Ernährungsprodukte in den medizinisch notwendigen Fällen auch zusätzlich verordnungsfähig sind, wenn die vorrangigen Maßnahmen allein nicht ausreichen. Enterales Ernährung und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation schließen sich dabei nicht aus, sondern sind erforderlichenfalls miteinander zu kombinieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gefordert, die Verordnungsvoraussetzungen so zu präzisieren, dass für Ärzte und Patienten Rechtsklarheit über die Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen wird und gleichzeitig für die verordnenden Ärzte der notwendige Spielraum für die Therapieentscheidung im Einzelfall verbleibt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, eine Zusammenstellung über die verordnungsfähigen Produkte zu erstellen. Er kann dabei produktbezogene nähere Anwendungsbestimmungen treffen. Bei der erstmaligen Veröffentlichung der Zusammenstellung muss gewährleistet sein, dass

mit diesen Produkten eine ausreichende Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Maßgebend für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist der vom Anbieter gegenüber Krankenkassen höchstens berechnete Preis. Der Bescheid über die Aufnahme eines Produktes in die Liste kann befristet werden, um eine Anpassung an neue Erkenntnisse oder Veränderungen der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen.

Die Anbieter erhalten die Möglichkeit, einen Antrag auf Aufnahme ihres Produktes in die Richtlinie und die Zusammenstellung zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dann verpflichtet, dem Antragsteller innerhalb von 90 Tagen einen Bescheid einschließlich einer Begründung zu erteilen. Diese Neuregelung stellt sicher, dass der Leistungsanspruch regelmäßig und zeitnah fortgeschrieben wird und neue Möglichkeiten der Versorgung berücksichtigt werden.

Die vorliegende gesetzliche Regelung behält die bereits geltenden Regelungen für Abrechnung, Zuzahlung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bezüglich der Verordnung von enteraler Ernährung bei. Für Verträge der Krankenkassen mit Apotheken bzw. anderen Leistungserbringern über Produkte zur enteralen Ernährung gelten wie bisher die §§ 126 und 127. Wie bisher sollen Verordnungen zur enteralen Ernährung in die Vereinbarungen nach § 84 sowie in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 einbezogen werden.

Zu Nummer 1b (§ 33)

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in § 126. Ab dem 1. Januar 2010 sind nur noch Vertragspartner der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten berechtigt; die Versorgungsberechtigung aufgrund der Übergangsregelung in § 126 Abs. 2 entfällt. Korrespondierend hierzu sind die Wahlmöglichkeiten der Versicherten unter den Leistungserbringern sowie die Regelungen zur Leistungshöhe anzupassen.

Zu Nummer 1c (§ 35)

Die gesetzlichen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen sind zum 1. Juli 2008 auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergegangen. Dazu gehören auch die Sammlung und Aufbereitung der Daten nach § 84 Abs. 5, nicht jedoch die Weiterführung des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb soll der Spitzenverband Bund künftig für die Berechnung der mindestens zum Festbetrag verfügbaren Packungen nach § 35 Abs. 5 Satz 5 die Daten nach § 84 Abs. 5 zugrunde legen. Der Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung speist sich ebenfalls aus den Daten nach § 84 Abs. 5, so dass damit keine materielle Änderung der Datenbasis verbunden ist. Es wird lediglich sichergestellt, dass Daten verwendet werden, die dem Spitzenverband Bund auf gesetzlicher Grundlage zur Verfügung stehen.

Zu Nummer 1d (§ 43)

Die Leistungen zur sozialmedizinischen Nachsorge für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder sind durch das GKV-Modernisierungsgesetz mit Wirkung zum 1. Januar 2004 eingeführt worden. Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation sollen durch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivierung zu deren Inan-

spruchnahme stationäre Aufenthalte verkürzt oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung gesichert werden.

Auch vier Jahre nach Inkrafttreten der Regelung sind zwischen Krankenkassen und Nachsorgeeinrichtungen nur vereinzelt Verträge, regional unterschiedlich verteilt, zur Versorgung chronisch kranker oder schwerstkranker Kinder mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen geschlossen worden. Dies entspricht nicht der Bedeutung der Leistungen, deren Erforderlichkeit allgemein anerkannt ist.

Der bisherige Ermessensanspruch, nach dem die Krankenkassen sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen erbringen oder fördern können, wird in eine Rechtsanspruchsleistung umgewandelt, die auf eine vollständige Leistungserbringung durch die Krankenkassen gerichtet ist. Damit wird der Bedeutung der Leistungen und der bisher unbefriedigenden Entwicklung der Versorgungssituation Rechnung getragen.

Durch die Bezugnahme auf § 39 Abs. 1 wird klargestellt, dass sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nicht nur im Anschluss an eine stationäre, sondern auch nach ambulanter oder teilstationärer Krankenhausbehandlung erbracht werden. Dies entspricht der wachsenden Bedeutung dieser Behandlungsformen.

Auch für die Altersgruppe der Jugendlichen können Nachsorgeleistungen erforderlich sein. Die Altersgrenze wird deshalb auf das vollendete 14. Lebensjahr angehoben. In besonders schwerwiegenden Fällen ist eine Leistungserbringung ausnahmsweise bis zum 18. Lebensjahr möglich.

Zu Nummer 1e (§ 69)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Die in Satz 1 angeordnete entsprechende Geltung der §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) entspricht der bisherigen Rechtslage (vgl. Begründung zur Änderung des § 69 SGB V, Drucksache 16/4247). Satz 1 ordnet darüber hinaus die unmittelbare Geltung der materiellen Vergaberechtsvorschriften der §§ 97 bis 101 GWB sowie die Durchführung eines vergaberechtlichen Nachprüfungsverfahrens vor den Vergabekammern (§§ 102 bis 115 und 128 GWB) an. Damit werden zunächst Zweifel beseitigt, ob die Vorschriften, die die Pflicht zur Ausschreibung öffentlicher Aufträge und die konkrete Ausgestaltung dieser Verpflichtung regeln, auch auf Versorgungsverträge von Krankenkassen anzuwenden sind. Diese Frage ist Gegenstand einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene, die zu Rechtsunsicherheit geführt und den Abschluss von sinnvollen Verträgen, die zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten beitragen können, gehemmt haben. Dies gilt insbesondere für die Rabattverträge in der Arzneimittelversorgung nach § 130a Abs. 8, die einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Effizienz und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung leisten. Satz 2 entspricht dem geltenden Recht und stellt klar, dass bei den kollektivvertraglichen Regelungen weder das Wettbewerbsrecht noch das Vergaberecht Anwen-

dung finden (vgl. Begründung zur Änderung des § 69, Drucksache 16/4247).

Beim Abschluss von Einzelverträgen in der GKV ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 97 ff. GWB vorliegen, insbesondere ob es sich bei den jeweiligen Vergaben um öffentliche Aufträge i. S. d. § 99 GWB handelt. Diese Frage wird je nach Vertragstyp unterschiedlich zu beantworten sein. Im Wesentlichen hängt die Beantwortung davon ab, ob und inwieweit die Krankenkassen auf die Auswahlentscheidung, welcher Vertragsgegenstand im einzelnen Versorgungsfall abgegeben wird, Einfluss nehmen. Abhängig von der individuellen Vertragsgestaltung könnten Arzneimittelrabattverträge über Generika wegen der Verpflichtung der Apotheken in § 129 Abs. 1 Satz 3, die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das ein Rabattvertrag abgeschlossen worden ist, und des damit verbundenen mittelbaren Einflusses der Krankenkassen auf die Auswahlentscheidung des Vertragsgegenstandes als öffentliche Aufträge zu qualifizieren sein. Vergleichbare Überlegungen gelten auch für Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 1, da hier die Versorgung grundsätzlich durch die jeweiligen Ausschreibungsgewinner erfolgen muss. Dagegen sind Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b, Verträge über besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c und Verträge über eine integrierte Versorgung nach § 140a ff. in der Regel keine öffentlichen Aufträge, da die Entscheidung über den Abruf der jeweiligen Leistung nicht von den Krankenkassen, sondern von den Versicherten getroffen wird, die die angebotenen Versorgungsformen in Anspruch nehmen können. Die Entscheidung im Einzelfall hängt jedoch von der konkreten Vertragsgestaltung ab und obliegt den mit der Nachprüfung betrauten Vergabekammern und Landessozialgerichten.

Eine Pflicht zur Ausschreibung unter Beachtung der Vorschriften des Vergaberechts kommt auch dann nicht in Betracht, wenn der Zugang zur Versorgung zwar durch den Abschluss von Verträgen erfolgt, die Leistungserbringer aber gegenüber der Krankenkasse faktisch einen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages haben. Dies ist z. B. bei der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 Abs. 1 Satz 2) und mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a Abs. 2) der Fall. Soweit die Leistungserbringer wirtschaftlich arbeiten und die geforderten Qualitätsanforderungen erfüllen, haben sie einen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages (BSGE 90, 150, 153). Der Vertragsschluss ähnelt damit einer Zulassung. Für ein Vergabeverfahren, das darauf abzielt, unter mehreren Bietern eine Auswahlentscheidung zu treffen, ist vor diesem Hintergrund kein Raum. Dies gilt auch für Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2, die aufgrund des ausdrücklichen Beitrittsrechts nicht zu einer exklusiven Versorgungsberechtigung bestimmter Leistungserbringer führen. Die vorgeschriebene Bekanntmachung der Vertragsabsicht ist nicht als eine Ausschreibung im vergaberechtlichen Sinne zu verstehen.

Die weiter angeordnete unmittelbare Geltung der §§ 102 bis 115 und 128 GWB führt zur Anwendung des Nachprüfungsverfahrens vor den Vergabekammern. Die Verfahrensbeteiligten haben ein Interesse am schnellen Abschluss eines Vergabeverfahrens. Dies wird durch das Vergabenachprüfungsverfahren vor den Vergabekammern insbesondere

wegen des darin eingebetteten Eilverfahrens zur Ermöglichung der Zuschlagserteilung (vgl. § 115 Abs. 2 GWB) gewährleistet.

Gegen die Entscheidungen der Vergabekammern ist nach den ebenfalls in diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen in den §§ 29 und 142a SGG sowie in § 116 GWB der Rechtsweg zu den Landessozialgerichten eröffnet. Mit dieser Zuweisung an die Sozialgerichtsbarkeit wird die umstrittene Frage nach dem Rechtsweg geklärt. Insbesondere der der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Beschluss vom 22. April 2008 – B 1 SF 1/08 R) entgegenstehende Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 15. Juli 2008 (X ZB 17/08), demzufolge vergaberechtliche Streitigkeiten, die die Rechtsbeziehungen in der GKV betreffen, den Zivilgerichten zugewiesen seien, macht die Klarstellung erforderlich. Die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit anstelle der im Vergabenaachprüfungsverfahren sonst üblichen Zuständigkeit der Zivilgerichte stellt sicher, dass sowohl die inhaltliche Überprüfung, ob ein Vertrag den Voraussetzungen des Krankenversicherungsrechts entspricht, als auch die vergaberechtliche Nachprüfung des Zustandekommens dieses Vertrages einheitlich im Gerichtszweig der Sozialgerichtsbarkeit erfolgt. Die ausdrückliche Zuweisung an die Sozialgerichtsbarkeit verdeutlicht im Übrigen auch den Willen des Gesetzgebers. Durch die Änderung des § 69 im Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2477) wurden alle Rechtsbeziehungen des Vierten Kapitels des SGB V dem öffentlichen Recht zugeordnet (Drucksache 14/1245, S. 68). Rechtsstreitigkeiten aus diesen Rechtsbeziehungen sind deshalb generell den Sozialgerichten zugewiesen (§ 51 Abs. 1 und 2 SGG). Für Rabattverträge in der Arzneimittelversorgung wurde diese Rechtswegzuweisung durch die Änderung des § 130a Abs. 9 im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) noch einmal klargestellt.

Bei einer Überprüfung der Abschlüsse von Verträgen der gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern anhand der genannten GWB-Vorschriften ist gemäß Absatz 2 Satz 3 die besondere Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten. So unterscheiden sich Einzelverträge wie die Arzneimittelrabattverträge sowie die Verträge zur Beschaffung von Hilfsmitteln ganz wesentlich von den fiskalischen Hilfsgeschäften, die die öffentliche Hand zur Erfüllung ihrer Aufgaben durchführt (z. B. Kauf von Büromaterialien, Errichtung von Gebäuden etc.). Die genannten Versorgungsverträge sind selbst unmittelbarer Bestandteil der den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben. Nur durch Abschluss derartiger Verträge sind die Krankenkassen in der Lage, ihrer Verpflichtung zur Versorgung der Versicherten im Rahmen des Sachleistungsprinzips nachzukommen. Sowohl die Vergabekammern als auch die Landessozialgerichte haben im Vergabenaachprüfungsverfahren darauf zu achten, dass diese Verpflichtung zur Sicherung medizinisch notwendiger, aber auch wirtschaftlicher Versorgung aller Versicherten nicht gefährdet wird. Im Hinblick auf den Abschluss von Rabattverträgen mit Arzneimittelherstellern ist z. B. zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt hat, die Arzneimittelversorgung durch Abschluss derartiger Verträge wirtschaftlicher und effizienter zu gestalten. Darüber hinaus sind

bei der Anwendung der vergaberechtlichen Vorschriften auch sonstige Versorgungsaspekte zu berücksichtigen, im Zusammenhang mit dem Erfordernis flächendeckender Versorgungsstrukturen etwa auch die Praktikabilität einer Vielzahl von Einzelverträgen.

Zu Nummer 1f (§ 73b)

Zu Buchstabe a

Jeder Versicherte kann sich – oder sein gesetzlicher Vertreter für ihn – einen Hausarzt wählen. Die Entscheidung für einen Hausarzt muss dabei nicht einheitlich für eine Familie erfolgen; sie erfolgt individuell für jeden Versicherten. Daher können Eltern für ihre Kinder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) wählen, während sie sich selbst z. B. für einen Allgemeinarzt als Hausarzt entscheiden. Sofern Eltern für ihre Kinder keinen Kinderarzt als Hausarzt wählen, sondern auch für ihre Kinder den Allgemeinarzt als Hausarzt wählen, soll sichergestellt sein, dass diese Kinder und Jugendlichen im Einzelfall gleichwohl den für die Behandlung für Kinder und Jugendliche besonders qualifizierten Kinderarzt ohne Überweisung in Anspruch nehmen können. Daher hebt die Regelung die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung grundsätzlich bestehende Verpflichtung zur Inanspruchnahme allein des gewählten Hausarztes für versicherte Kinder und Jugendliche auf. Kinder und Jugendliche können auch für den Fall, dass sie keinen Kinderarzt als Hausarzt gewählt haben, ohne Überweisung einen Kinderarzt in Anspruch nehmen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden zum 1. April 2007 die gesetzlichen Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung neu gefasst. Mit der Neufassung wurden die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Trotz dieser ausdrücklichen gesetzlichen Verpflichtung sind seit Inkrafttreten der Vorschrift Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nicht in ausreichender Zahl zustande gekommen, um den Versicherten ein entsprechendes flächendeckendes Angebot zu unterbreiten.

Zur flächendeckenden Sicherstellung dieses Angebots werden die Krankenkassen nunmehr verpflichtet, bis zum 30. Juni 2009 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte (vgl. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1) vertreten (Satz 1).

Mit der Neuregelung wird bezweckt, das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Gemeinschaften von Hausärzten zu stärken. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Vertragsverhandlungen in erster Linie mit diesen Gemeinschaften aufzunehmen, soweit diese die gesetzliche Quote erfüllen und damit gewährleisten, dass sie mindestens die Hälfte der in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten. Gemeinschaften, die die Quote erfüllen, gewährleisten, dass eine flächendeckende Sicherstellung mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung durch den Vertragsabschluss

erreicht werden kann. Die Vorrangstellung der Allgemeinärzte folgt der bereits in § 103 Abs. 4 Satz 5 getroffenen Vorrangstellung der Allgemeinärzte. So ist die auf fünf Jahre verlängerte Weiterbildungszeit Grundlage für die besondere Qualifizierung von Allgemeinärzten für die spezifischen Anforderungen in der hausärztlichen Versorgung. Dies rechtfertigt eine Vorrangstellung als Vertragspartner bei Verträgen zur besonderen hausärztlichen Versorgung.

Damit die Verpflichtung der Krankenkasse zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung von den qualifizierten Gemeinschaften auch durchgesetzt werden kann, haben diese die Möglichkeit, ein Schiedsverfahren einzuleiten (Satz 2), wenn eine Einigung mit der Krankenkasse nicht zustande kommt. Die Regelung stellt sicher, dass ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auch tatsächlich mit der qualifizierten Gemeinschaft zustande kommt. Das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der HZV, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach § 73b Abs. 2 sowie die Vergütung (vgl. § 73b Abs. 5 Satz 1), wird dann durch die Schiedsperson festgelegt. Die Schiedsperson hat nach billigem Ermessen zum Beispiel die Leistungsbeschreibung und die Vergütung festzulegen.

Die im bisherigen Recht vorgesehenen potentiellen Vertragspartner sind nicht grundsätzlich von einem Vertragsabschluss mit den Krankenkassen ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine entsprechende Gemeinschaft in einem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nicht existiert oder auch nicht durch Zusammenschluss entstanden ist. Gleiches gilt für den Fall, dass kein Schiedsverfahren beantragt wurde, obwohl eine Einigung mit der Krankenkasse nicht zu Stande gekommen ist. In diesen Fällen bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkassen, mit den bisherigen Vertragspartnern Verträge abzuschließen (Satz 4).

Haben die Krankenkassen mit den Gemeinschaften, die die gesetzliche Quote erfüllen, Verträge abgeschlossen, können weitere Verträge mit den bisherigen Vertragspartnern geschlossen werden. Krankenkassen können in diesen Fällen ihr Angebot zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung auch an die schon im geltenden Recht genannten potentiellen Vertragspartner richten und damit ihr Angebot für die Versicherten erweitern (Satz 3).

Eine Bereichsausnahme ist für Verträge geregelt, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zum Gegenstand haben. Dies ist geboten, weil es den Krankenkassen sonst verwehrt wäre, mit für die Versorgung dieses Personenkreises besonders qualifizierten Leistungserbringern oder ihren Gemeinschaften vor Abschluss von HZV-Verträgen mit den in Satz 1 genannten Gemeinschaften spezielle Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu schließen.

Für bestehende Verträge hat die Neuregelung grundsätzlich keine unmittelbaren Auswirkungen. Krankenkassen können sich von den Verträgen lösen, wenn vertragliche oder gesetzliche Auflösungsgründe vorliegen. Bestehende Altverträge entbinden die Krankenkassen jedoch nicht von ihrer Pflicht, mit Gemeinschaften, die die Quote erfüllen, Verträge abzuschließen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe c

Den Gemeinschaften, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 erfüllen, wird das Recht eingeräumt, die Durchführung eines Schiedsverfahrens zu beantragen, wenn es zu keiner Einigung mit der Krankenkasse kommt. Die Beweislast für das Vorliegen der vorrangigen Vertragspartnereigenschaft und damit für das Recht, ein Schiedsverfahren zu verlangen, liegt dabei bei der Gemeinschaft, die die Durchführung des Schiedsverfahrens verlangt. Ist eine Einigung über den Vertrag insgesamt oder in Teilen nicht möglich und verlangt die Gemeinschaft die Durchführung eines Schiedsverfahrens, müssen sich die Vertragsparteien zunächst auf eine Schiedsperson einigen. Ist dies nicht möglich, bestimmt die für die Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde die Schiedsperson. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Die Schiedsperson hat die Aufgabe, die fehlende Einigung der Parteien zum Beispiel über den Leistungsumfang und die Vergütungshöhe nach billigem Ermessen festzulegen. Der Schiedsspruch ist justizabel. Klagen gegen ihn haben aber keine aufschiebende Wirkung. Das Entfallen der aufschiebenden Wirkung bei Klagen gegen den Schiedsspruch ist zur möglichst raschen Sicherstellung eines flächendeckenden Angebotes der hausarztzentrierten Versorgung geboten.

Zu Nummer 1g (§ 84)

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 300 Abs. 2.

Zu Nummer 1h (§ 92)

Im Gesetz finden sich an verschiedenen Stellen Regelungen zum Kreis derjenigen Personen oder Institutionen, die bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses stellungnahmeberechtigt sind. Die geltenden gesetzlichen Regelungen zu den Beteiligungsrechten bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Ergebnis verschiedener Gesetzgebungsverfahren im Verlauf der letzten zehn Jahre. Einen sachlichen Grund für die unterschiedlichen Anhörungsrechte gibt es nicht. Die Regelung bewirkt eine Vereinheitlichung der Stellungnahmeberechtigten bei Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Arzneimittelrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 sowie bei Therapiehinweisen nach § 92 Abs. 2 Satz 7.

Der Wortlaut wird hinsichtlich der Einbeziehung der Berufsvertretungen der Apotheker an den Wortlaut in § 35 Abs. 2 und § 92 Abs. 2 Satz 5 angepasst. Damit ist auch die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 stellungnahmeberechtigt.

Nach § 94 Abs. 2 ist der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet die tragenden Gründe des Beschlusses zu veröffentlichen. Nunmehr wird klargestellt, dass zu den tragenden Gründen auch die Nennung des Datenmaterials und – soweit zur Rechtsverteidigung der Betroffenen Unternehmen notwendig – auch eine Veröffentlichung des Datenmaterials erforderlich ist, soweit nicht Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse betroffen sind. Da der G-BA im Rahmen der Arzneimittelrichtlinie bisher nur aufgrund veröffentlichter Daten entschieden hat, handelt es sich um eine Klarstellung der bisherigen Praxis. Eine gesetzliche Klarstellung ist aufgrund er-

höherer Transparenzanforderungen im Arzneimittelbereich erforderlich.

Zu Nummer 1i (§ 95)

Zu Buchstabe a

Mit der Ersetzung der Sätze 3 bis 9 des § 95 Abs. 7 werden die Regelungen zur Altersgrenze der an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aufgehoben. Künftig können damit Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres vertrags-(zahn-)ärztlich tätig sein. Bereits durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 wurde eine Aufhebung der Altersgrenze für die Fälle geregelt, in denen der Landesausschuss nach § 90 die Feststellung getroffen hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht. Zuvor galt bereits die Regelung, dass sich die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, die zum Zeitpunkt der Vollendung des 68. Lebensjahres weniger als 20 Jahre als Vertragsarzt, -zahnarzt oder -psychotherapeut tätig und vor dem 1. Januar 1993 zugelassen waren, bis zum Ablauf der 20-Jahresfrist verlängert. Darüber hinaus ist es Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten bereits heute erlaubt, auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres Privatpatienten zu behandeln.

Die bisherigen Erfahrungen mit diesen Leistungserbringern, die über das 68. Lebensjahr hinaus Patientinnen und Patienten behandeln, rechtfertigen es, die Altersgrenze ganz aufzuheben. Die Aufhebung der Altersgrenze bedeutet für die Betroffenen mehr Planungssicherheit und mehr Gestaltungsspielraum bei der Organisation ihrer Nachfolge. Zugleich können Versorgungsprobleme vermieden werden, wenn die Betroffenen über das 68. Lebensjahr hinaus tätig bleiben, weil sie keinen Nachfolger finden.

Die Regelung tritt rückwirkend zum 1. Oktober 2008 in Kraft. Ein rückwirkendes Inkrafttreten zu diesem Stichtag ist gerechtfertigt, weil davon auszugehen ist, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Nachbesetzungsverfahren für die Ärzte, die im letzten Viertel des Jahres 2008 das 68. Lebensjahr vollenden, noch nicht abgeschlossen sind. Dies gilt insbesondere deshalb, weil nach bisherigem Recht die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet. Das bedeutet, dass die Zulassung der Ärzte, die im letzten Viertel des Jahres 2008 ihr 68. Lebensjahr vollenden, erst zum 31. Dezember 2008 endet. Ärzte, die im letzten Viertel des Jahres 2008 das 68. Lebensjahr vollenden, können daher von einem Antrag auf Ausschreibung ihrer Vertragsarztsitze absehen.

Für die Vertragsärzte, die nach dem 1. Januar 2008 und vor dem 30. September 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben und bei denen das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V nicht zu einer Nachbesetzung geführt hat, wird eine Übergangsregelung geschaffen. Das gilt auch für die Fortführung des Vertragsarztsitzes nach § 103 Abs. 4a Satz 2. Auch diesen Ärzten soll im Sinne einer möglichst weitreichenden Aufhebung der Altersgrenze das Recht gegeben werden, über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus tätig zu sein. Gleichzeitig ist gewährleistet, dass bereits ab-

geschlossene Nachbesetzungsverfahren von der Aufhebung der Altersgrenze nicht betroffen sind.

Ärzte, deren Zulassung zum 30. September 2008 durch Bescheid des Zulassungsausschusses endet, können frühestens am 1. Oktober 2008 und längstens bis zum 31. März 2009 die Fortsetzung ihrer Tätigkeit gegenüber dem Zulassungsausschuss erklären. Wird die Erklärung am 1. Oktober 2008 abgegeben, gilt die Zulassung mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2009 rückwirkend zum 1. Oktober 2008 als fortbestehend.

Für die Zeit bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bedarf es rechtlicher Lösungen auf der Basis des geltenden Rechts. Es ist sinnvoll, dass den Ärzten, die vor dem 1. Oktober 2008 bzw. vor dem 1. Januar 2009 das 68. Lebensjahr vollenden bzw. vollendet haben und deren Vertragsarztsitze nicht nachbesetzt sind, die Fortführung ihrer Tätigkeit möglichst ohne Unterbrechung ermöglicht wird.

Nach dem Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. Juli 2008 (Az.: L 12 B 1113/07 KA ER) ist eine Entscheidung des Zulassungsausschusses unverhältnismäßig, wenn vor dem Hintergrund gesetzgeberischer Bestrebungen, die eine Abschaffung der Altersgrenze der Vertragsärzte vorsehen, die Vertragsarztpraxis geschlossen werden müsste, obgleich der Vertragsarzt im nächsten Jahr seine Tätigkeit fortsetzen könnte. Darüber hinaus können die Zulassungsausschüsse den Ärzten, die ab dem 1. Januar 2009 mit Wirkung zum 1. Oktober 2008 ihre Praxis fortführen möchten, eine Ermächtigung zur Versorgung der Versicherten erteilen.

Sofern eine Nachbesetzung nicht stattgefunden hat, können Ärzte durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Tätigkeit als Vertragsarzt wiederaufnehmen. Die Zulassung wird rückwirkend als ruhend fingiert. Um Rechtsklarheit herbeizuführen, ob ein nach bisherigem Recht unter die Altersgrenzenregelung fallender Vertragsarzt von der Möglichkeit der Wiederaufnahme seiner Tätigkeit Gebrauch macht, muss er gegenüber dem Zulassungsausschuss bis zum 31. März 2009 erklären, dass er seine Tätigkeit als Vertragsarzt wieder aufnimmt. Die Einbeziehung der Ärzte, die im Jahr 2008 wegen der Altersgrenzenregelung ausscheiden mussten und keinen Nachfolger finden konnten, ist sachgerecht, weil der Zeitpunkt der Beendigung der Vertragsarztstätigkeit und der Wiederaufnahme zeitlich nah beieinander liegen und anzunehmen ist, dass der Vertragsarzt noch einen engen Bezug zu seiner Vertragsarztstätigkeit und seinen Patienten hat.

Die Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung das 68. Lebensjahr vollendet haben und ihre Praxis an einen Nachfolger übergeben haben, können bei dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf erneute Zulassung stellen. Über diesen Antrag entscheidet der Zulassungsausschuss nach den für das Zulassungsverfahren geltenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere des Bedarfsplanungsrechtes. Grundsätzlich möglich ist daher eine Zulassung für die Bereiche, für die keine Zulassungssperren angeordnet sind.

Auch für die angestellten Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum wird die Altersgrenzenregelung zum 1. Oktober 2008 aufgehoben. Für die angestellten Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum, die nach dem

1. Januar 2008 und vor dem 30. September 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben und deren Anstellung nicht nachbesetzt worden ist, gelten die Regelungen für Vertragsärzte entsprechend. In diesen Fällen hat das medizinische Versorgungszentrum – sofern von beiden Vertragsparteien gewünscht – die Wiederaufnahme der angestellten Tätigkeit gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erklären.

Zu Buchstabe b

Die Aufhebung der Altersgrenze und die Übergangsregelungen zur Aufhebung der Altersgrenze gelten für bei Vertragsärzten angestellte Ärzte entsprechend.

Zu Nummer 2 (§ 101)

Mit der Änderung werden die bedarfsplanungsrechtliche Mindestquote für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte nicht auf 20 Prozent, sondern auf 25 Prozent abgesenkt und die neu vorgesehene bedarfsplanungsrechtliche Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, von 10 auf 20 Prozent erhöht. Damit sind künftig 20 bzw. 25 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten für die jeweilige Leistungserbringergruppe reserviert.

Zu Nummer 2a (§ 103)

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Vertragsärzte, -psychotherapeuten und -zahnärzte nicht nur mit zeitlich vollem, sondern auch mit hälftigem Versorgungsauftrag an der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmen können (vgl. § 95 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 19a Abs. 2 der Zulassung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV). Der Leistungserbringer erhält in diesem Fall eine so genannte Teilzulassung mit beschränktem Versorgungsauftrag und wird nach § 101 Abs. 1 Satz 7 bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich nur mit dem Faktor 0,5 berücksichtigt. Möglich ist dabei zum einen der Fall, dass von vornherein nur eine Teilzulassung beantragt wird. Möglich ist zum anderen aber auch der Fall, dass ein Leistungserbringer den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte beschränkt und damit auf eine halbe Zulassung verzichtet.

Eine Umsetzung der Möglichkeit, den Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte zu beschränken, wird in der Praxis häufig dadurch verhindert, dass Anträge auf Ausschreibung des frei werdenden hälftigen Vertragsarztsitzes von den Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigungen unter Hinweis auf den Wortlaut des § 103 Abs. 4 abgelehnt werden. So wird dargelegt, dass in § 103 Abs. 4 von einer Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag nicht die Rede sei und eine solche Beschränkung auch nicht mit dem in der Vorschrift geregelten Verzicht auf die vertrags-(zahn-)ärztliche Zulassung gleichzusetzen wäre.

Mit der vorgesehenen Einfügung eines neuen Satzes 2 in den § 103 Abs. 4 wird daher klargestellt, dass es sich auch bei einer nachträglichen freiwilligen Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag um einen (Teil-)Verzicht handelt und deshalb sowohl in diesem Fall als auch bei der hälftigen Entziehung der Zulassung nach § 95 Abs. 6 Satz 2

die Ausschreibungspflicht nach § 103 Abs. 4 Satz 1 gilt. Auch in diesen Fällen hat die Kassen-(zahn-)ärztliche Vereinigung daher auf Antrag des Leistungserbringers die frei werdende Teilzulassung auszuschreiben.

Zu Nummer 2b (§ 126)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Änderung unter Buchstabe b. Die gestrichene Regelung wird wortgleich in § 126 Abs. 1a übernommen.

Zu Buchstabe b

Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Der neu eingefügte Absatz 1a enthält Regelungen zum Nachweis der Erfüllung dieser Anforderungen.

Die Krankenkassen bleiben weiterhin verpflichtet sicherzustellen, dass die Voraussetzungen erfüllt sind (Satz 1). Zur Vermeidung überflüssigen bürokratischen Aufwands bei Krankenkassen und Leistungserbringern durch redundante Überprüfungen der Eignung der Vertragspartner bei jedem Vertragsabschluss wird eine Rechtsgrundlage für ein Präqualifizierungsverfahren geschaffen, das von den Leistungserbringern genutzt werden kann. Da ein derartiges Verfahren auf freiwilliger Basis bisher nicht zustande gekommen ist, ist eine gesetzliche Regelung geboten. Satz 2 sieht vor, dass alle Krankenkassen von der Erfüllung der Anforderungen an Vertragspartner nach § 126 Abs. 1 Satz 2 auszugehen haben, sofern Leistungserbringer ihre Eignung in diesem Verfahren nachgewiesen haben.

Die näheren Einzelheiten des Verfahrens sollen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Interessensverbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene vertraglich vereinbart werden (Satz 3). Welche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer mit bundesweitem Vertretungsanspruch maßgeblich sind, hängt insbesondere davon ab, wie viele Unternehmen oder welchen Marktanteil eine Organisation in dem jeweiligen Leistungsbereich repräsentiert. Mit der Ausgestaltung des Verfahrens im Vereinbarungswege sollen eine sachgerechte Vorgehensweise sichergestellt und deren Akzeptanz bei allen Beteiligten gestärkt werden. Die Regelung ermöglicht ein hohes Maß an Flexibilität. Sie lässt sowohl die Etablierung einer zentralen Präqualifizierungsstelle für den gesamten Hilfsmittelbereich als auch dezentrale und sektorale Lösungen zu. Entsprechend der damit verbundenen Zielsetzung muss das Verfahren jedoch gewährleisten, dass erteilte Bestätigungen bundesweit und von allen Krankenkassen akzeptiert werden.

Um die Einführung des Präqualifizierungsverfahrens zu erleichtern und ein hohes Maß an Rechtssicherheit herzustellen, werden wichtige Elemente der zu treffenden Vereinbarung beispielhaft vorgegeben. Darüber hinaus sind noch weitere Regelungen erforderlich.

Die Nutzung des Verfahrens darf nicht von der Mitgliedschaft der Leistungserbringer bei einem bestimmten Verband abhängig gemacht werden. Satz 4 verpflichtet die Vereinbarungspartner daher, dies sicherzustellen. Darüber hinaus wird

klargestellt, dass Leistungserbringer bei Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 einen Anspruch auf die Erteilung der Bestätigung haben, der dann gegebenenfalls auch einklagbar ist.

Damit keine Unklarheiten über entsprechende Befugnisse der in der Vereinbarung nach Satz 3 bestimmten Stellen entstehen, wird in Satz 5 angeordnet, dass erteilte Bestätigungen einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen sind, wenn die Voraussetzungen für ihre Erteilung nicht oder nicht mehr erfüllt sind. Dabei ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Derartige Maßnahmen können vermieden werden, wenn der Leistungserbringer innerhalb einer von der jeweiligen Stelle festgelegten Frist die Defizite behebt.

Die Sätze 6 bis 8 regeln die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für die Durchführung des Präqualifizierungsverfahrens und die Information der Krankenkassen. Die Regelungen ermöglichen es dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, seine Mitglieder über die Leistungserbringer zu informieren, die ihre Eignung in dem Verfahren nachgewiesen haben. Dies kann beispielsweise über ein Verzeichnis geschehen, das vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und fortlaufend aktualisiert wird.

Zu Buchstabe c

Da das Präqualifizierungsverfahren erst neu geschaffen werden muss, ist insoweit eine Übergangsregelung erforderlich. Bis zum Ablauf der Übergangsfrist gelten für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung verfügten, die gesetzlichen Eignungsanforderungen an Vertragspartner grundsätzlich als erfüllt. Die Übergangsfrist ist so bemessen, dass in der Zwischenzeit ein Präqualifizierungsverfahren etabliert werden kann.

Darüber hinaus ist eine Verlängerung der bestehenden Übergangsregelung geboten, nach der die betreffenden Leistungserbringer zunächst noch bis zum 31. Dezember 2008 versorgungsberechtigt sind, um eine reibungslose Umstellung auf eine Versorgung durch Vertragspartner zu ermöglichen. Ein diskriminierungsfreier Zugang zu Verträgen wird durch eine gleichzeitige Änderung in § 127 sichergestellt. Soweit keine Ausschreibungen durchgeführt werden, sollen Leistungserbringer bestehenden Verträgen beitreten können. Mit der Verlängerung der Übergangsregelung wird die Kontinuität der Versorgung im Interesse der Versicherten gesichert. Es wird zudem klargestellt, dass im Falle von Ausschreibungen diese Versorgungsberechtigung nicht gilt, da Ausschreibungen ansonsten nicht sinnvoll wären.

Zu Nummer 2c (§ 127)

Zu Buchstabe a

Das Ausschreibungsgebot wird in eine „Kann-Vorschrift“ umgewandelt. Damit wird deutlich gemacht, dass die Krankenkassen nicht zur vorrangigen Durchführung von Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 verpflichtet sind, sondern eine wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln auch über Verträge nach Absatz 2 oder 3 sicherstellen können.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung soll der Durchführung unzweckmäßiger Ausschreibungen durch gemeinsame Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene entgegengewirkt werden. Die Empfehlungen sollen den Krankenkassen als Orientierungshilfe bei der Entscheidung über die Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen dienen und insbesondere zur Klärung beitragen, welche Versorgungsleistungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben grundsätzlich nicht über Verträge nach § 127 Abs. 1 sichergestellt werden sollen. Angesichts bestehender Unsicherheiten bei Krankenkassen und Leistungserbringern sind eine zeitnahe Abgabe der Empfehlungen sowie ein geeignetes Schiedsverfahren für den Fall geboten, dass eine Einigung über den Empfehlungsinhalt nicht zustande kommt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Krankenkassen auch bei Verträgen nach § 127 Abs. 2 die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherstellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten sorgen müssen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Informationspflicht ist im Hinblick auf das in Artikel 1 Nr. 2b Buchstabe d vorgesehene Beitrittsrecht geboten. Eine ungehinderte Wahrnehmung des Beitrittsrechts setzt voraus, dass die an einem Beitritt interessierten Leistungserbringer unverzüglich über die Inhalte der bestehenden Verträge informiert werden. Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer können sich die Informationen über ihre Mitglieder beschaffen.

Zu Buchstabe d

Mit der Schaffung eines Beitrittsrechts zu Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 2 wird die weitere Versorgungsberechtigung der Leistungserbringer, die bisher noch keine Verträge mit den Krankenkassen abschließen konnten, über den 31. Dezember 2008 hinaus sichergestellt. Dadurch wird auch verhindert, dass Leistungserbringer willkürlich von ausgehandelten Verträgen ausgeschlossen werden. Das Beitrittsrecht gilt für alle Leistungserbringer, die bereit und in der Lage sind, sich zu den gleichen Bedingungen an der Versorgung zu beteiligen, und ist nicht auf bestimmte Verträge beschränkt. Es bezieht sich auch auf Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden, soweit die Versorgung noch auf der Grundlage solcher Verträge erfolgt. Auch Verbänden und sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer wird ein Beitrittsrecht eingeräumt, jedoch nur zu Verträgen mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer. Mit dieser Einschränkung soll erreicht werden, dass Einzelverträge mit Leistungserbringern als Vertragsinstrument weiterhin erhalten bleiben.

Durch die Bezugnahme auf § 126 Abs. 1a und 2 wird klargestellt, dass auch bei einem Vertragsbeitritt die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen an Vertragspartner der Krankenkassen nachgewiesen werden muss. Dies kann gegebenenfalls das Wirksamwerden des Vertragsbeitritts verzögern. Soweit mit der Beitrittserklärung weder eine Bestätigung nach § 126 Abs. 1a Satz 2 vorgelegt noch die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Abs. 2 Satz 1 nachgewiesen werden, kann der Beitritt erst wirksam werden, nachdem die Eignung im Einzelfall geprüft und festgestellt wurde, und nicht schon mit Zugang der Beitrittserklärung.

Zu Buchstabe e

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Krankenkassen auch bei Verträgen nach § 127 Abs. 3 die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherstellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten sorgen müssen. Gegebenenfalls sind auch die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.

Zu Nummer 2d (§ 128)

Es gibt deutliche Hinweise auf Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten, denen mit dem neu eingefügten § 128 entgegen gewirkt werden soll. Spezielle Regelungen im SGB V werden für erforderlich erachtet, weil allein die straf-, berufs- und wettbewerbsrechtlichen Vorschriften in der Praxis fragwürdige Formen der Zusammenarbeit offenbar nicht wirksam verhindern konnten.

Zu Absatz 1

Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei Vertragsärzten wird grundsätzlich untersagt, da solche Depots Leistungserbringern in besonderem Maße einen Anreiz bieten, sich gegen unzulässige Zuwendungen für die Einrichtung eines Depots ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Das Wahlrecht der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern wird durch Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten faktisch eingeschränkt. Von diesem Verbot ausgenommen werden muss die Versorgung mit Hilfsmitteln, die von den Versicherten in Notfällen sofort benötigt werden, wie beispielsweise Gehstützen und bestimmte Bandagen.

Für Hilfsmitteldepots in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen müssen die gleichen Grundsätze gelten.

Zu Absatz 2

Über die Verordnung von Hilfsmitteln sollen die Vertragsärzte grundsätzlich unbeeinflusst von eigenen finanziellen Interessen entscheiden und nicht von der Ausstellung einer Verordnung oder der Steuerung von Versicherten zu bestimmten Leistungserbringern profitieren können. Um entsprechende Konfliktsituationen zu verhindern, werden den Leistungserbringern sämtliche Geldzahlungen und sonstige Zuwendungen an Vertragsärzte im Zusammenhang mit der Versorgung mit Hilfsmitteln ausdrücklich untersagt. Dies gilt auch im Falle einer Beteiligung von Vertragsärzten an

der Durchführung der Versorgung, die nur noch nach Maßgabe des Absatzes 4 zulässig sein soll.

Darüber hinaus wird auch ausgeschlossen, dass Leistungserbringer Vertragsärzten durch die Zahlung der Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von diesen erbracht werden, wirtschaftliche Vorteile gewähren. Solche Leistungen sind Versicherten von Vertragsärzten mit dem Hinweis angeboten worden, dass die Kosten hierfür von bestimmten Leistungserbringern übernommen werden.

Zu Absatz 3

Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 müssen wirksam geahndet werden können. Den Krankenkassen wird daher aufgegeben, für diese Fälle angemessene Vertragsstrafen vorzusehen. Zur Gewährleistung einer wirksamen Abschreckung ist bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen ein Ausschluss von der Versorgung der Versicherten für die Dauer von bis zu zwei Jahren geboten. Ein schwerwiegender Verstoß kann insbesondere dann vorliegen, wenn Zuwendungen in erheblicher Höhe oder über einen längeren Zeitraum gewährt worden sind.

Zu Absatz 4

Es wird klargestellt, dass eine Beteiligung von Vertragsärzten an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln (z. B. im Rahmen eines „verkürzten Versorgungsweges“) auf der Grundlage entsprechender vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen auch künftig grundsätzlich möglich ist. Die Vergütung für eine über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinausgehende Mitwirkung von Vertragsärzten muss dann aber von den Krankenkassen selbst und nicht – wie bisher – von den Leistungserbringern gezahlt werden. Die Vorschrift schafft Transparenz und stellt sicher, dass nur eine der Leistung angemessene Vergütung erfolgt. Möglichen Interessenkonflikten der Vertragsärzte wird dadurch entgegengewirkt.

Die vorgesehene Information der jeweils zuständigen Ärztekammer soll diese in die Lage versetzen, die Einhaltung der berufsrechtlichen Vorschriften zu überprüfen.

Zu Absatz 5

Eine Überprüfung des Verhaltens von Vertragsärzten durch die Ärztekammer kann insbesondere auch dann geboten sein, wenn den Krankenkassen (z. B. bei der Prüfung von Abrechnungsdaten) Auffälligkeiten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder sonstige unzulässige Praktiken in der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern hindeuten. Die Krankenkassen werden daher verpflichtet, auch hierüber die jeweils zuständige Ärztekammer zu informieren.

Zu Nummer 2e (§ 130a)

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zu den in diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen von § 29 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und § 116 Abs. 3 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). Nach diesen Vorschriften ist gegen Entscheidungen der Vergabekammern in vergaberechtlichen Streitigkeiten bei Rechtsbeziehungen nach § 69 der Rechtsweg zu den Lan-

dessozialgerichten eröffnet. Die besondere Rechtswegzuweisung in § 116 Abs. 3 zweiter Halbsatz GWB und § 29 Abs. 5 SGG erfasst auch vergaberechtliche Streitigkeiten über das Zustandekommen von Arzneimittelrabattverträgen nach § 130a Abs. 8, so dass es insoweit einer gesonderten Regelung im SGB V nicht mehr bedarf. Die Zuständigkeit der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit für sonstige Streitigkeiten im Zusammenhang mit Rabatten nach § 130a bleibt von dieser Änderung unberührt, da sich die Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit ohnehin aus § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG i. V. m. § 69 ergibt.

Zu Nummer 2f (§ 132c)

Nach § 132c schließen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen mit geeigneten Personen oder Einrichtungen für eine bedarfsgerechte Versorgung Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen.

Die frühere Regelung des § 132c Abs. 2, nach der die Spitzenverbände der Krankenkassen in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Maßnahmen festzulegen hatten, ist durch das GKV-WSG mit Wirkung zum 1. Juli 2008 zur Verschlanung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aufgehoben worden.

Im engen Zusammenhang mit der Stärkung des Leistungsanspruchs auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 durch die Umwandlung in eine Rechtsanspruchleistung wird die Empfehlungsermächtigung wieder eingeführt. Damit besteht eine Grundlage zur Weiterführung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Dies verdeutlicht das besondere Interesse des Gesetzgebers an einer qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen.

Zu Nummer 2g (§ 137g)

Bis zum 31. Dezember 2008 werden die dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 entstehenden notwendigen Vorhaltekosten, die durch die bei den Krankenkassen für die Bescheiderteilung erhobenen Gebühren nicht gedeckt sind, von allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes finanziert. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 entfällt das Instrument des Ausgleichsbedarfssatzes zur Bestimmung der Zahlungsverpflichtungen und -ansprüche der Kassen im Risikostrukturausgleich. An seine Stelle treten die direkten Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Fonds.

Die Pflicht des Bundesversicherungsamtes zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g besteht unverändert fort, so dass dem Bundesversicherungsamt auch weiterhin Vorhaltekosten entstehen werden, die nicht durch Gebühren bei den Kassen geltend gemacht werden können. Da diese Vorhaltekosten auch künftig durch die GKV zu finanzieren sind, ist der gesetzlich vorgegebene Finanzierungsweg über den Ausgleichsbedarfssatz zu ersetzen durch die Regelung einer direkten Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds.

Zu Nummer 2h (§ 140f)

Da durch die Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen im Hilfsmittelsbereich auch die Belange der Patientinnen und Patienten betroffen sind, ist eine beratende Mitwirkung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene geboten.

Zu Nummer 2i (§ 146a)

Durch die Neuregelung in § 155 Abs. 4 Satz 9 ist der Inhalt der Verweisung in § 146a unklar geworden. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Beschäftigungsansprüche der Dienstordnungsangestellten und der übrigen Beschäftigten bei Schließung einer Ortskrankenkasse durch diese Neuregelung nicht eingeschränkt werden, sondern in dem bisherigen Umfang bestehen bleiben.

Zu Nummer 8 (§ 171d)

Zu Absatz 1 Satz 1

Von der Haftung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sollen alle bis zum Stichtag 31. Dezember 2009 entstandenen Versorgungsrechte erfasst werden, ohne dass es auf gegebenenfalls bestehende tarifvertragliche Unverfallbarkeitsfristen ankommt. Um die Ansprüche der Tarifbeschäftigten auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung im Insolvenzfall vollständig abzusichern, ist das Erfordernis der am 31. Dezember 2009 bestehenden Unverfallbarkeit der Versorgungsanswartschaften zu streichen.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Die Änderung stellt klar, dass sich die Verordnungsermächtigung zur Regelung des Näheren über die Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch auf die kassenarteninterne Haftung für Altersversorgungsverpflichtungen im Fall der Schließung einer Krankenkasse erstreckt sowie auf die kassenarteninterne und kassenartenübergreifende Haftung für die Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern im Fall von Schließung oder Insolvenz.

Zu den Sätzen 2 und 3

Der erste Satz der Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen, die nicht für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte geöffnet sind, im Fall ihrer Schließung oder Insolvenz ein geringeres Haftungsrisiko für die anderen Krankenkassen darstellen, da diese erst dann zur Haftung für die bei Schließung oder Insolvenz bestehenden Verbindlichkeiten herangezogen werden, wenn das Vermögen des Arbeitgebers bzw. der Innung für die Erfüllung der Verbindlichkeiten nicht ausreicht (§ 155 Abs. 4 Satz 1 und 3, § 164 Abs. 1 Satz 1 und 2).

Der zweite Satz der Änderung stellt sicher, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den einzelnen Krankenkassen fristgerecht die Daten erhält, die er benötigt, um die Verbindlichkeiten einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse auf die zur Refinanzierung verpflichteten Krankenkassen aufteilen zu können.

Zu Absatz 3 Satz 2 und 3

Die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen ab 1. Januar 2010 führt dazu, dass die ab diesem Zeitpunkt entstehenden betrieblichen Versorgungszusagen dem Schutz des Pensions-Sicherungs-Vereins (PSVaG) unterfallen, soweit dies für die verschiedenen Durchführungswege vorgesehen ist. Die Krankenkassen müssen entsprechende Beiträge an den PSVaG entrichten. Dieses Schutzsystem ist dann nicht erforderlich, wenn Krankenkassen ihre Versorgungszusagen bereits vollständig bei einem kommunalen Versorgungsverband abgesichert haben, wie dies bei den betroffenen Krankenkassen in Baden-Württemberg und Sachsen der Fall ist. Sollte die Mitgliedschaft bei dem Kommunalen Versorgungsverband künftig entfallen, würden die Krankenkassen automatisch Mitglied beim PSVaG. Für diesen Fall stellt Satz 3 der Änderung klar, dass der PSVaG nur für die nach dem Ende der Mitgliedschaft neu entstehenden Anwartschaften haftet.

Das Gesetz über den Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg (KVBW) beinhaltet in § 39 besondere Regelungen zum Pflichtmitglied AOK Baden-Württemberg. Danach ist die AOK Baden-Württemberg seit dem 1. Januar 2002 vom Umlage- zum Erstattungsmitglied gewechselt. Seit diesem Zeitpunkt erstattet die AOK dem KVBW sämtliche Aufwendungen, die dem KVBW im Zusammenhang mit der Erbringung von Versorgungsleistungen an die Versorgungsempfänger der AOK entstehen. Die AOK Baden-Württemberg haftet somit unmittelbar selbst für die zu erbringenden Versorgungsverpflichtungen. In Anbetracht dieses Haftungsrisikos ist es notwendig, dass sie trotz bestehender Pflichtmitgliedschaft im KVBW nicht vom Haftungssystem des Pensions-Sicherungs-Vereins ausgenommen wird.

Zu Nummer 11a (§ 207)

Die Änderung stellt klar, dass die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes, die bisher nur Mitglieder des BKK-Bundesverbandes sind, auch nach dessen Umwandlung in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zum 1. Januar 2009 weiterhin keinem Landesverband angehören. Die Klarstellung ist erforderlich, weil der in § 207 Abs. 1 Satz 3 enthaltene Verweis auf § 212 Abs. 1 Satz 2 auf Grund der Neufassung des § 212 Abs. 1 durch das GKV-WSG vom 1. Januar 2009 an ins Leere geht.

Zu Nummer 11b (§ 211)

Derzeit erfolgt die Finanzierung der Landesverbände der Krankenkassen ausschließlich durch deren Mitgliedschaften. Die Landesverbände sind jedoch zunehmend auch für die Versicherten von Krankenkassen ihrer Kassenart tätig, die nicht ihre Mitglieder sind. So schließen sie eine Vielzahl von Vereinbarungen zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten, deren Kosten nicht versichertenbezogen abgerechnet und der zuständigen Krankenkasse in Rechnung gestellt werden können. Hierzu gehören etwa Vereinbarungen über die Selbsthilfeförderung, die Hospizförderung, die Pandemievorsorge, die Errichtung und Finanzierung von Pflegestützpunkten u. ä. Eine Beschränkung der Finanzierung dieser Aufgaben auf die Mitgliedschaften eines Landesverbands ist daher nicht sachgerecht. Dies gilt umso mehr, als die Zahl und die Struktur der Mitgliedschaften infolge von Fusionen,

Sitzverlegungen oder überproportionalem Wachstum einzelner Krankenkassen einem ständigen Wandel unterworfen ist. Durch Satz 1 der Neuregelung wird daher festgelegt, dass die Aufgaben eines Landesverbands künftig nicht von seinen Mitgliedschaften finanziert werden, sondern von allen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart mit Mitgliedern im Zuständigkeitsbereich des betroffenen Landesverbands. Hierdurch werden die Finanzierungsbasis der Landesverbände verstetigt und das Gleichgewicht zwischen Aufgabenumfang und Finanzierungsbasis wieder hergestellt.

Satz 2 der Änderung stellt klar, dass die mitgliedschaftsrechtlichen Beziehungen der Krankenkassen zu ihrem Landesverband durch diese Finanzierungsverpflichtung nicht berührt werden. Die Einzelheiten der Aufbringung der Mittel durch die betroffenen Krankenkassen, wie etwa die Abgrenzung der maßgeblichen Ausgaben oder die Festlegung des Schlüssels für die Kostentragung, werden von den Landesverbänden durch vertragliche Vereinbarung geregelt, deren Inhalt im Nichteinigungsfall durch eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson festgelegt wird.

Zu Nummer 11c (§ 220)

Durch die Änderung wird gewährleistet, dass für die Krankenversicherungsträger und den Gesundheitsfonds einheitliche Haushalts- und Rechnungslegungsvorschriften gelten. Gerade vor dem Hintergrund der Einführung der Insolvenzfähigkeit bei allen Krankenversicherungsträgern wird damit gewährleistet, dass die auszuweisenden Ergebnisse auch zum Gesundheitsfonds kompatibel sind.

Zu Nummer 12 (§ 252)**Zu Buchstabe a**

Der bisherige Inhalt von Artikel 1 Nr. 12 wird unverändert übernommen.

Zu Buchstabe b**Zu Absatz 3**

Für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags regelt § 28n SGB IV in Verbindung mit der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Beitragsverfahrensverordnung – BVV), in welcher Reihenfolge eine (Beitrags-)Schuld eines Arbeitgebers oder eines sonstigen Zahlungspflichtigen, der mit mehreren Zahlungen im Rückstand ist und nunmehr eine Zahlung erbringt, die nicht zur Befriedigung aller Forderungen ausreicht, zu tilgen ist, wenn der Arbeitgeber hierüber keine Aussagen trifft.

Durch die Regelung wird eine Anwendung für freiwillig versicherte Mitglieder sichergestellt, für die es keine festgelegte Tilgungsreihenfolge und in der Folge unterschiedliche Interpretationen, welche Tilgungsreihenfolge maßgebend ist, gab. Die Änderung sorgt insoweit für mehr Rechtssicherheit.

Da weder der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 noch die Prämienzahlung nach § 53 SGB V Gesamtsozialversicherungsbeiträge darstellen, war es über Regelungen der BVV hinaus erforderlich, auch insoweit eine Tilgungsreihenfolge festzulegen.

Zu Absatz 4

Die Haftungsvorschrift des § 28r SGB IV ist bislang ausschließlich für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags anwendbar. Mit der Änderung wird diese Vorschrift für entsprechend anwendbar auf Pflichtverletzungen der Einzugsstellen beim Einzug sonstiger Krankenversicherungsbeiträge erklärt.

Zu Absatz 5

Dem Ordnungsgeber werden für den Fall, dass die bisher allein den Krankenkassen zustehenden sonstigen Beiträge nach Absatz 2 Satz 2 nicht korrekt und zeitnah festgesetzt, eingezogen und weitergeleitet werden, weitere Sanktionsmöglichkeiten eröffnet, um auf drohende Einnahmeverluste im Gesundheitswesen schnell reagieren zu können. In Betracht kommt insbesondere die Hochrechnung vorhandener Prüfergebnisse in Fällen, in denen eine Prüfung Unregelmäßigkeiten ergibt.

Zu Nummer 13 (§ 265a)

Die Hilfen nach § 265a sollen gegenüber den freiwillig organisierten Hilfen nach § 265b subsidiär sein. Um den Vorrang der Hilfen nach § 265b zu stärken und zu vermeiden, dass mit Blick auf § 265a freiwillige Vereinbarungen über die Gewährung von Hilfeleistungen unterbleiben, ist es sachgerecht, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bereits zuvor geleistete freiwillige Hilfen angemessen berücksichtigt.

Zu Nummer 14 (§ 265b)

Durch die entsprechende Anwendung des § 60 SGB X soll die effiziente Umsetzung der nach § 265b geschlossenen Verträge unterstützt werden. Die Anwendung der Vorschrift ermöglicht, dass sich die Vertragspartner in dem Vertrag der sofortigen Zwangsvollstreckung unterwerfen können. Da es sich bei den Verträgen über die Gewährung von Hilfeleistungen, nicht um subordinationsrechtliche Verträge im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB X handelt, wäre ansonsten eine solche Unterwerfung im Vertrag nicht möglich. Hierfür besteht aber ein Bedürfnis. Zum einen kann die Leistungsfähigkeit einer hilfebedürftigen Krankenkasse nur gesichert werden, wenn die zugesagten Hilfen auch tatsächlich sicher und gegebenenfalls kurzfristig zur Verfügung stehen. Zum anderen soll auch die Hilfe gewährende Krankenkasse mögliche Ansprüche im Falle der Nichteinhaltung von vertraglichen Regelungen schnellstmöglich durchsetzen können. Eine bereits vertraglich vereinbarte Zwangsvollstreckungsklausel ist daher zweckdienlich.

Zu Nummer 14a (§ 271a)

Die Vorschrift dient der Sicherstellung des ordnungsgemäßen Einzugs und der Weiterleitung des Beitrags von den Krankenkassen als Einzugsstellen an den Gesundheitsfonds. Säumnisse in diesem Bereich können zu erheblichen Belastungen des Bundes führen, der nach der Neukonzeption des GKV-WSG dem Gesundheitsfonds im Falle von Liquiditätsengpässen ein zinsloses Darlehen zur Verfügung stellen muss (§ 271 Abs. 3). Die bisherigen Erfahrungen im Risikostrukturausgleich haben gezeigt, dass pünktliche Zahlungseingänge alleine durch die Androhung von Verzugs-

zinsen nicht gewährleistet werden können. Ihrem Zweck entsprechend eingetretene Verzugschäden auszugleichen, haben Verzugszinsen auch keine Steuerungsfunktion zur Verbesserung der Zahlungsdisziplin. Daher wurden sie auch im Bereich des Risikostrukturausgleichs durch die Ermächtigung zur Erhebung von Säumniszuschlägen abgelöst (Drucksache 13/6087, S. 30).

Absatz 1 ermächtigt das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds, nach der Feststellung von erheblichen Beitragsrückständen die betroffene Krankenkasse zur Berichtslegung aufzufordern. Für die Feststellung eines erheblichen Anstiegs sind im Rahmen einer Gesamtbetrachtung insbesondere folgende Vergleichsmaßstäbe heranzuziehen und abzuwägen:

- a) Das Verhältnis der Beitragsrückstände zu den insgesamt zum Soll gestellten Beiträgen der Krankenkasse (Rückstandsquote) ist höher als die Rückstandsquote der Krankenkasse im Vorjahresmonat oder
- b) höher als die Rückstandsquote der Krankenkasse im Vorjahresdurchschnitt oder
- c) die Rückstandsquote der Krankenkasse ist höher als die der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung oder die der Kassenart im Vorjahresmonat oder Vorjahresdurchschnitt.

Durch diese Gesamtschau wird die Feststellung, ob sich eine Rückstandsquote „erheblich“ erhöht hat, erleichtert. So wird deutlich, dass diese Frage bei einer Kasse, deren Rückstandsquote trotz eines gewissen Anstiegs noch unterhalb des Durchschnitts der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der eigenen Kassenart liegt, anders zu beurteilen sein kann als bei einer Kasse, deren Rückstandsquote ohnehin schon überdurchschnittlich ist.

Zur Bildung der Quoten werden die aus der vereinbarten Monatsabrechnung entnommenen Positionen 3.5 und 1.5, Spalte Gesundheitsfonds, ins Verhältnis gesetzt (so genannte Rückstandsquote). Nach Aufforderung zur Berichtslegung verbleiben der Krankenkasse vier Wochen, mittels geeigneter Unterlagen glaubhaft zu machen, dass die Beitragsrückstände nicht auf einer Pflichtverletzung der Krankenkasse beruhen. Die Versicherung an Eides statt wurde ausdrücklich nicht zugelassen.

Unverschuldet im Sinne des Absatzes 2 ist eine Pflichtverletzung dann, wenn Drittverschulden gegeben ist und sich die Pflichtverletzung nicht der Risikosphäre der Krankenkasse zuordnen lässt. Der Risikosphäre der Krankenkasse ist das Verschulden von in ihrem Auftrag tätigen Dritten zuzurechnen. Soll die Vorschrift den intendierten Zweck erfüllen, sind für die Frage der unverschuldeten Pflichtverletzung strenge Maßstäbe anzulegen.

Als Regelfrist zur Glaubhaftmachung der unverschuldeten Pflichtverletzung sind drei Monate angemessen. Das Bundesversicherungsamt kann die Frist nach pflichtgemäßem Ermessen verlängern.

Sollten sich die Sanktionsmittel nach den Absätzen 1 bis 3 als nicht wirkungsvoll erweisen, wird der finanzielle Druck auf die Krankenkassen nach Ablauf der Frist spürbar erhöht. Die Steigerung um monatlich 10 Prozentpunkte soll dazu führen, dem Gesundheitsfonds die ihm zustehende Liquidität zu verschaffen.

Zu Nummer 14b (§ 272)**Zu Buchstabe a****Zu Absatz 1**

Die Regelung stellt sicher, dass in der Konvergenzphase ausschließlich die Belastungen durch die Verteilungswirkungen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. Euro, bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Krankenkassen, angeglichen werden. Die Regelung zielt darauf ab, Krankenkassen in Ländern mit derzeit überdurchschnittlich hohen Beitragseinnahmen und Ausgaben in der Übergangsphase zusätzliche Mittel über den Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen. Dadurch sollen die Finanzierung der entsprechenden Versorgungsstrukturen in diesen Ländern bei Einführung des Gesundheitsfonds zunächst weitgehend aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds erfolgen können und zugleich eine Anpassung an die neuen Finanzierungsstrukturen ohne Belastungssprünge sichergestellt werden. Beim Vergleich der fiktiven Einnahmen mit den nach Einführung des Gesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Einnahmen sind die Veränderungen in der Zuweisungshöhe, die auf die Anwendung der Übergangsregelungen zurückzuführen sind, nicht zu berücksichtigen.

Die Verlegung des Stichtags für den zu Grunde zu legenden Beitragssatz vom Jahresende auf die Jahresmitte verbessert die Schätzung der jahresdurchschnittlichen Einnahmen der Krankenkassen in den Ländern. Um sicherzustellen, dass auch die nach dem 31. Dezember 2006 in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten berücksichtigt werden und die letzte Stufe des rechtskreisübergreifenden RSA bei der Umsetzung der Übergangsregelungen nicht rückabgewickelt wird, ist die Klarstellung des maßgeblichen Geltungszeitraums von Risikostrukturausgleich und Risikopool erforderlich.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift wird klargestellt, dass die Belastungen, die für die in einem Land tätigen Krankenkassen aufgrund der Gegenüberstellung der Einnahmen und der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Absatz 1 ermittelt werden und die den jeweils maßgeblichen Schwellenwert übersteigen, auf genau diesen Schwellenwert zu reduzieren sind, indem die Zuweisungen an die in dem Land tätigen Kassen um den entsprechenden Betrag erhöht werden. Die für die Finanzierung der Kappungsbeträge erforderlichen Mittel werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Einzelheiten regelt die RSAV.

Zu Absatz 3

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Übergangsregelungen letztmalig in dem Jahr, in dem letztmalig in mindestens einem Bundesland eine Überschreitung des maßgeblichen Schwellenwerts festgestellt wird, anzuwenden sind und ab dem Jahr, in dem der maßgebliche Schwellenwert erstmalig nicht überschritten wird, keine Anwendung mehr finden. Die Feststellung der letztmaligen Anwendung erfolgt auf der Grundlage der Ist-Werte in dem Jahresausgleich, in dem erstmals keine Überschreitung des Schwellenwerts festgestellt wird. Die dem Jahresausgleich vorausgehenden monatlichen Zuweisungen berücksichtigen die Veränderungen auf der Grundlage der Konvergenzregelung

so lange, wie die entsprechenden Prognosen eine Überschreitung des Schwellenwertes anzeigen.

Zu Buchstabe b

Der Verweis auf § 266 Abs. 7 stellt sicher, dass das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Umsetzung der Übergangsregelungen regelt. In der Rechtsverordnung ist insbesondere festzulegen, welche Beitragssätze der Krankenkassen, die zur Deckung ihrer Ausgaben dienen, heranzuziehen sind, welche Einnahmen der Krankenkassen zugrunde zu legen sind, wie diese zu ermitteln und fortzuschreiben sind und wie die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Sinne der Übergangsregelungen zu ermitteln sind.

Zu Nummer 14c (§ 300)**Zu Buchstabe a**

Mit der Regelung werden die Apothekenrechenzentren verpflichtet, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von diesem benannten Stelle die Abrechnungsdaten nach § 300 Abs. 1 auf Antrag zu übermitteln. Die Apothekenrechenzentren dürfen den Kassenärztlichen Vereinigungen die Daten bereits nach geltendem Recht übermitteln, sofern diese sie zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben verwenden. Allerdings besteht bislang kein Rechtsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten übermittelt zu bekommen. Es gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, ihre Mitglieder über die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungen zu beraten. Einige Kassenärztliche Vereinigungen beziehen zu diesem Zweck die Verordnungsdaten von Rechenzentren. Dies ermöglicht es, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zum frühestmöglichen Zeitpunkt über ihr Verordnungsverhalten zu informieren.

Durch die Schaffung eines gesetzlichen Anspruches auf Übermittlung der Daten wird der finanzielle Aufwand für die Kassenärztlichen Vereinigungen beim Bezug der Daten auf die Erstattung des tatsächlichen Aufwandes reduziert. Die Geschäftsgrundlage der Rechenzentren besteht in § 300 Abs. 2 Satz 1, der den Apotheken gestattet, zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Rechenzentren in Anspruch zu nehmen. Insofern ist es vertretbar, sie zur Übermittlung der Daten auf Antrag gegen Erstattung des tatsächlichen Aufwandes zu verpflichten, zumal die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrerseits die Daten lediglich zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben verwenden dürfen.

Ein berechtigtes Interesse zum Zwecke der Analyse der Arzneimittelausgaben und Evaluierung gesetzlicher Maßnahmen, kostengünstigen und zeitnahen Zugang zu den GKV-Verordnungsdaten zu erhalten, besteht ebenfalls beim Bundesministerium für Gesundheit. Dieses kann eine geeignete Stelle, wie zum Beispiel das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information, mit der weiteren Verarbeitung und Auswertung der Daten für seine Zwecke beauftragen. In diesem Fall sind die Daten direkt an die beauftragte Stelle zu übermitteln.

Die Daten sind in einer Form zu übermitteln, die die elektronische Weiterverarbeitung nach dem Stand der Technik ermöglicht.

Mit der Neuregelung wird für die Übermittlung der Daten von den Rechenzentren an die Kassenärztliche Vereinigungen nunmehr eine Verpflichtung eingeführt. Art und Umfang der Datenübermittlung entsprechen der bisher nach geltendem Recht schon praktizierten Vorgehensweise und werden nicht geändert. Es wird weiterhin klargestellt, dass bei einer fallbezogenen Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen diese nur zulässig ist, sofern der Bezieher der Daten Sorge dafür trägt, dass der Versichertenbezug der übermittelten Daten zuvor von einer räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle pseudonymisiert wird. Dem Bundesministerium für Gesundheit oder der von ihm beauftragten Stelle werden die Daten auf Anforderung nur anonymisiert, also weder arzt- noch versichertenbezogen übermittelt.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 14d (§ 302)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgten Zusammenfassung der Regelungen zum Hilfsmittelverzeichnis in § 139, die auf Grund der Neubelegung des § 128 erforderlich geworden ist.

Zu Nummer 14e (§ 305)

Folgeänderung zur Änderung des § 69.

Zu Nummer 15 (§ 307a)

Durch die Änderung wird die Strafbarkeit der Nichtanzeige eines Insolvenzgrundes durch einen Krankenkassenvorstand mit den entsprechenden Regelungen des Kreditwesengesetzes (KWG) harmonisiert. Danach ist nur die Nichtanzeige von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung strafbewehrt. Der Eintritt einer drohenden Zahlungsunfähigkeit ist der Aufsichtsbehörde zwar anzuzeigen, die Nichtanzeige unterliegt jedoch keiner Strafandrohung. Eine schärfere Strafandrohung als im KWG vorgesehen, ist weder zum Schutz der Gläubiger einer Krankenkasse noch zum Schutz der Versicherten erforderlich. Eine Verschärfung der Straftatbestände im KWG gilt damit künftig auch für die Krankenkassenvorstände.

Zu Nummer 16 (§§ 316 bis 318)

Zu § 316

Es handelt sich um eine Übergangsregelung für die Zeit, bis zu der die Zusammenstellung über verordnungsfähige Produkte zur enteralen Ernährung erstmalig im Bundesanzeiger veröffentlicht wird. Bis dahin haben Versicherte einen Leistungsanspruch im Umfang der bisherigen Richtlinie. Bei der erstmaligen Veröffentlichung der Zusammenstellung muss gewährleistet sein, dass mit diesen Produkten eine ausreichende Versorgung der Versicherten sichergestellt ist.

Zu § 317

Mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze

vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wurden nicht nur die Berufe in der Psychotherapie erstmalig in Deutschland als Heilberufe geregelt. Die Angehörigen der genannten Berufe wurden auch zur unmittelbaren Behandlung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Die gesetzlichen Regelungen sahen dabei vor, sie in das System der vertragsärztlichen Bedarfsplanung einzubeziehen.

Wie im Berufsrecht waren in diesem Zusammenhang Übergangs- und Bestandsschutzvorschriften erforderlich. Mit § 95 Abs. 10 und 11 wurde daher eine Regelung eingeführt, nach der approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis zum 30. April 1999 ausnahmsweise unabhängig vom Versorgungsbedarf zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden konnten. Voraussetzung hierfür war neben bestimmten Befähigungsnachweisen, dass die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 (so genannter Referenzzeitraum) an der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen hat. Zum Nachweise eines vorhandenen schützenswerten Bestandes wurden diese Voraussetzungen als erfüllt angesehen, wenn die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut in dem Referenzzeitraum 250 Behandlungsstunden in einem zusammenhängenden Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten an dem Ort erbracht hat, für den der Zulassungsantrag gestellt wurde.

Mit Urteil vom 6. Dezember 2007 (Rechtssache C-456/05) hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass die Bundesrepublik Deutschland gegen ihre Verpflichtung aus Artikel 43 EG verstoßen hat, weil sie die Übergangs- und Bestandsschutzregelungen des § 95 Abs. 10 und 11 lediglich auf diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angewendet hat, die ihre Tätigkeit in einer Region Deutschlands im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ausgeübt haben, während die vergleichbare bzw. gleichartige Berufstätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in anderen Mitgliedstaaten nicht berücksichtigt wurde.

In Umsetzung dieses Urteils sieht der neue § 317 nunmehr vor, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum teilgenommen haben, die Möglichkeit erhalten, bedarfsunabhängig an der vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung teilzunehmen, wenn die Tätigkeit in dem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder dem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum vergleichbar mit der Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung war. Voraussetzung ist, dass sie die erforderlichen fachlichen Anforderungen erfüllen und bis zum 30. Juni 2009 die Approbationsurkunde vorlegen sowie einen entsprechenden Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss stellen. Dieser hat dann bis zum 31. September 2009 über den Antrag zu entscheiden.

Zu § 318

Gemäß § 37 Abs. 3 RSAV werden die Verwaltungsausgaben für die knappschaftliche Krankenversicherung nach einem

gesonderten Verfahren standardisiert. Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt (§ 167 SGB V), die Träger der Rentenversicherung (§§ 125, 132 SGB VI) und der Krankenversicherung (§ 4 Abs. 2 SGB V) ist. Gemäß der Regelung in § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gelten Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung als Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung. Aufgrund des in § 71 Abs. 2 SGB IV vorgesehenen Schlüsselverfahrens werden die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung im Haushaltsplan derzeit nur in Titeln dargestellt, die auch die Verwaltungsausgaben der anderen Versicherungszweige beinhalten.

Werden die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung abweichend von diesem Verfahren im Haushaltsplan getrennt und detailliert ausgewiesen und werden diese Grundsätze entsprechend bei der Rechnungslegung und der Jahresrechnung jeweils für den maßgeblichen Rechnungszeitraum beachtet, besteht kein Grund mehr für eine Sonderregelung bei der Standardisierung der Verwaltungsausgaben. Voraussetzung hierfür ist, dass das BVA auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises rechtzeitig vor der Bekanntgabe der Zuweisungen für das Folgejahr zum 15. November eines Kalenderjahres feststellt, dass der Haushaltsplan die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt und detailliert ausweist. Entsprechend hat das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor der Durchführung des Jahresausgleichs auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises festzustellen, dass diese Grundsätze bei der Rechnungslegung und bei der Jahresrechnung, also über den maßgeblichen Rechnungszeitraum, angewendet wurden.

Zu Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 60)

Die Regelung über die Tilgungsreihenfolge für Beiträge und Nebenforderungen nach § 252 Abs. 3 des Fünften Buches wird für die Pflegeversicherung übernommen. Dabei stehen Beitragsforderungen und Nebenforderungen der Pflegeversicherung gleichrangig neben solchen der Krankenversicherung, wenn das Mitglied keine andere Bestimmung vorgenommen hat. Dem Mitglied ist es möglich zu bestimmen, dass seine Zahlung vorrangig zur Tilgung von rückständigen Krankenversicherungsbeiträgen verwendet wird, um damit in der Krankenversicherung ein Ruhen von Leistungen (vgl. § 16 Abs. 3a des Fünften Buches) zu vermeiden.

Zu Nummer 2 (§ 61)

Zu den Buchstaben a und b

Redaktionelle Änderung von Verweisungen im Gesetzestext des § 61 SGB XI, die auf Grund von Absatzverschiebungen im Rahmen der Änderung des § 61 SGB XI in Artikel 1 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) erforderlich sind.

Zu Artikel 2b (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines Sechsten Unterabschnitts durch Nummer 3.

Zu Nummer 2 (§ 29)

§ 69 Abs. 2 SGB V ordnet u. a. die Geltung der materiellen Vergaberechtsvorschriften der §§ 97 bis 101 GWB für Einzelvertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Mit der Änderung des § 29 SGG wird eine erst- und letztinstanzliche Zuständigkeit der Landessozialgerichte für die Überprüfung der Einhaltung dieser Vorschriften geschaffen. Sie dient, wie bereits die Absätze 2 bis 4 der Entlastung der Sozialgerichte und verkürzt die Phase der Unsicherheit, mit der die Beteiligten während des Rechtsstreits belastet sind. Insbesondere vergaberechtliche Entscheidungen sollen schnellstmöglich zu einem Abschluss gebracht werden, um damit zügig zu einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten beizutragen.

Abweichend von den allgemeinen Regelungen richtet sich die örtliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts nach dem Sitz der Vergabekammer. Dies entspricht der Parallelregelung bezüglich der örtlichen Zuständigkeit der Oberlandesgerichte nach § 116 GWB. Durch Satz 2 wird den Ländern die Möglichkeit eröffnet, die Rechtssachen anderen Landessozialgerichten zuzuweisen. Damit wird für den Bereich der Landessozialgerichte dem praktischen Bedürfnis nach örtlicher Zuständigkeitskonzentration Rechnung getragen, die hier stets länderübergreifenden Charakter hat, weil es pro Bundesland höchstens ein Landessozialgericht gibt. Dies entspricht der Regelungsinention des § 116 Abs. 4 GWB, der für Vergabestreitigkeiten vor den Oberlandesgerichten eine landesinterne Zuständigkeitskonzentration durch Rechtsverordnung erlaubt.

Zu Nummer 3 (§ 142a)

Die Regelung dient der Anpassung des sozialgerichtlichen Verfahrens in vergaberechtlichen Streitigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund der besonderen Eilbedürftigkeit von Vergabesachen wird für die vergaberechtliche Nachprüfung ein beschleunigtes Verfahren zur Verfügung gestellt.

Zur Beschleunigung des Verfahrens sowie zur Konzentration des Streitstoffes enthält Absatz 1 unter Verweis auf die entsprechenden Vorschriften GWB unter anderem folgende Regelungsinhalte:

- die Einführung der sofortigen Beschwerde als Rechtsmittel gegen die Entscheidung der Vergabekammer auch bei vergaberechtlichen Streitigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 116 Abs. 1 und 2 GWB),
- gegenüber dem allgemeinen sozialgerichtlichen Verfahren erhöhte Anforderungen an Form und Frist der sofortigen Beschwerde (§ 117 GWB),
- ein den besonderen Gegebenheiten im Vergaberecht angepasstes System von Eilverfahren im Vergaberecht (§ 115 Abs. 2 Satz 2 bis 5, §§ 118, 121 und 122 GWB),

- die Einführung eines Anwaltszwangs vor den Vergabesenaten mit der üblichen Ausnahme für juristische Personen des öffentlichen Rechts (§ 120 Abs. 1 GWB),
- Bestimmungen zum Verfahren (§ 120 Abs. 2 GWB) sowie zum Entscheidungsinhalt (§ 123 GWB),
- Bestimmungen zum Schadenersatz bei Rechtsmissbrauch (§ 125 GWB) sowie zum Anspruch auf Ersatz des Vertrauensschadens (§ 126 GWB).

Zur weiteren Beschleunigung des Verfahrens regelt Absatz 2 den Ausschluss der ehrenamtlichen Richter bei der Entscheidung des Beschwerdegerichts über die sofortige Beschwerde in vergaberechtlichen Streitigkeiten.

Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung auch über Schadenersatz entsprechend den §§ 125, 126 GWB. Durch die in Absatz 3 angeordnete Bindungswirkung der Entscheidungen von Vergabekammer, Landessozialgerichten sowie des Bundessozialgerichts wird entsprechend der Regelung in § 124 Abs. 1 GWB die Doppelprüfung von Sach- und Rechtsfragen vermieden.

Die in Absatz 4 angeordnete Vorlagepflicht dient entsprechend der Regelung in § 124 Abs. 2 GWB der Wahrung der Rechtseinheit in vergaberechtlichen Streitigkeiten innerhalb der Sozialgerichtsbarkeit und im Verhältnis zur Zivilgerichtsbarkeit. Eine Verzögerung des Vergabeverfahrens ist hiermit nicht verbunden, da die zu erwartenden Fälle gerichtlicher Divergenz in der Regel gering sind.

Zu Nummer 4 (§ 207)

Unterschiedliche Auffassungen zum Rechtsweg bei vergaberechtlichen Streitigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben in der Vergangenheit zu Unsicherheiten bei der Wahl des zulässigen Verfahrens zur Rechtsschutzgewährung geführt. Trotz der überschaubaren Zahl der anhängigen Verfahren hat sich eine verworrene und nahezu unüberschaubare Verfahrenssituation entwickelt. Ohne Übergangsregelung ist damit zu rechnen, dass sich die derzeitige Unsicherheit bei den „Altfällen“ fortsetzen wird.

Es geht vorliegend nicht darum, einen eindeutig gegebenen oder zumindest überwiegend unstreitigen Rechtsweg für laufende Verfahren durch eine neue Rechtswegzuweisung zu ersetzen. Vielmehr besteht in einer Vielzahl der – sowohl vor den ordentlichen Gerichten als auch bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit – anhängigen Verfahren Streit über die Zuständigkeiten mit Auswirkungen über den gerichtlichen Bereich hinaus (Einbindung Vergabekammern). Hierdurch ist in den geschilderten Verfahren für die Beteiligten Rechtsschutz verzögert worden. Auch ist zusätzlicher zeitlicher und finanzieller Aufwand entstanden. Die Übergangsregelung soll mithin gerade Belastungen der Betroffenen in laufenden Verfahren beseitigen. Die Gerichte beurteilen die Rechtswegfrage derzeit so uneinheitlich, dass in diesen Verfahren keine Rechtssicherheit für die Betroffenen besteht und eine eindeutige und einheitliche Klärung in der Justiz auch nicht absehbar erscheint. Die hier erforderliche Befriedung ist nur durch eine eindeutige gesetzliche Übergangsregelung möglich.

§ 207 Satz 1 trifft eine Übergangsregelung für Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern betreffend Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die am Tag des Inkrafttretens der Vorschriften über die erstinstanzliche Zuständigkeit der Landessozialgerichte bei den Oberlandesgerichten anhängig sind, und für Vorlageverfahren bei dem Bundesgerichtshof nach § 124 Abs. 2 Satz 1 GWB. Die Regelung sieht vor, dass die Verfahren in dem Stadium, in dem sie sich befinden, auf die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übergehen. Durch den Übergang wird entsprechend dem Willen des Gesetzgebers zur einheitlichen Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit für vergaberechtliche Streitigkeiten betreffend Rechtsbeziehungen nach § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermieden, dass über die selben rechtlichen Fragen in unterschiedlichen Gerichtsbarkeiten entschieden wird.

Die in § 207 Satz 2 getroffene Regelung bewirkt, dass in Verfahren, die sich bereits in der Hauptsache erledigt haben, die Zuständigkeit der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs bestehen bleibt. Indem nach Satz 3 der Lauf der Fristen nach § 121 Abs. 3 GWB mit dem Eingang der Akten neu beginnt, wird sichergestellt, dass das zuständige Landessozialgericht über einen ausreichenden Beurteilungs- und Entscheidungszeitraum verfügt.

Nach Satz 4 finden die Übergangsregelungen der Sätze 1 bis 3 auf Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen von Vergabekammern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bei den Sozialgerichten anhängig sind, entsprechende Anwendung.

Zu Artikel 2c (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Zu Nummer 1 (§ 116)

Die Regelung dient der ausdrücklichen Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit. Zur Frage des Rechtswegs bei vergaberechtlichen Streitigkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vertreten das Bundessozialgericht (Beschluss vom 22. April 2008 – B 1 SF 1/08 R) und der Bundesgerichtshof unterschiedliche Auffassungen. Das Bundessozialgericht geht unter Berufung auf § 51 SGG und § 130a Abs. 9 SGB V von einer Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit aus. Der Bundesgerichtshof hat in der Begründung seines Beschlusses vom 15. Juli 2008 (XZB 17/08) wesentlich auf § 116 GWB abgestellt, der als speziellere Norm anzuwenden sei, und begründet damit die Zuständigkeit der Zivilgerichtsbarkeit. Um den Willen des Gesetzgebers zur Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit zu verdeutlichen, wird geregelt, dass die Überprüfung von Versorgungsverträgen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit Rechte Dritter betroffen sind, einheitlich durch die Sozialgerichtsbarkeit erfolgt.

Zu Nummer 2 (§ 124)

Die Erweiterung der Vorlagepflicht für die Fälle der Abweichung von Entscheidungen eines Landessozialgerichts oder des Bundessozialgerichts dient der Wahrung der Rechtseinheit in vergaberechtlichen Streitigkeiten im Verhältnis zur Sozialgerichtsbarkeit.

Zu Artikel 2d (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Streichung des § 33 Abs. 7 Satz 2 SGB V.

Zu Artikel 2e (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 196 Abs. 2 RVO aufgrund der Streichung des § 33 Abs. 7 Satz 2 SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)**Zu den Nummern 1 und 2** (Artikel 1 Nr. 144 f.)

Die Änderungen verbessern die Rechtsstellung der Beschäftigten der Nachfolgegesellschaften der bisherigen Bundesverbände der Krankenkassen, die zum 1. Januar 2009 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden.

Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Regelungen des GKV-WSG haben gezeigt, dass nicht alle Kasernenarten in der Lage sind, für angemessene Regelungen zum Schutz dieser Beschäftigten zu sorgen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass entgegen der Intention des Gesetzgebers Beschäftigte der derzeitigen Bundesverbände keine Ersatzbeschäftigung im System der jeweiligen Kasernenart oder außerhalb des GKV-Systems finden.

Durch die Änderung in § 212 Abs. 1 besteht für die ab dem 1. Januar 2009 bestehenden Nachfolgegesellschaften bis Ende des Jahres 2012 die Verpflichtung, die noch bei ihnen Angestellten in eine Beschäftigung innerhalb oder auch außerhalb des GKV-Systems zu vermitteln. Ein Zeitrahmen von vier Jahren ist angemessen, für jeden Beschäftigten einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden. Solange kann der Angestellte bei der Gesellschaft bürgerlichen Rechts nicht betriebsbedingt gekündigt werden. Andere arbeitsrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten wie die Vereinbarung eines Aufhebungsvertrages nebst Abfindung bleiben davon unberührt. Erst nach Ablauf der Verpflichtung zur Arbeitsplatzvermittlung können die Gesellschaften frei über ihren Fortbestand bestimmen.

Um die Bemühungen zur Bereitstellung derartiger Arbeitsplätze im GKV-System zu unterstützen, soll eine Krankenkasse oder ein Landesverband bei Anstellung eines Beschäftigten des Bundesverbands oder seiner Nachfolgegesellschaft, dessen bisheriger Arbeitsplatz weggefallen ist, einen finanziellen Ausgleich von den übrigen Landesverbänden oder Krankenkassen der Kasernenart erhalten. Dies gilt unabhängig davon, ob der betreffende Bundesverband bzw. die ab dem 1. Januar 2009 bestehende Gesellschaft bürgerlichen Rechts die Stelle abgebaut hat bzw. abbaut oder die Gesellschaft aufgelöst wird. Da die Weiterbeschäftigung für die aufnehmende Krankenkasse oder den Landesverband damit kostenneutral ist, wird ein Anreiz für die Krankenkassen und Landesverbände geschaffen, die betroffenen Beschäftigten anzustellen. Es wird zudem klargestellt, dass diese Arbeitnehmerschutzvorschriften auch für die Verbände der Ersatzkassen gelten.

Zu Nummer 3 (Artikel 1 Nr. 182)**Zu Buchstabe a**

Die Finanzierung der aufgrund der Konvergenzregelung des § 272 erhöhten Zuweisungen an die Krankenkassen soll aus Mitteln der Liquiditätsreserve erfolgen. Hierfür wird die Zweckbestimmung des § 271 Abs. 2 ergänzt.

Zu Buchstabe b

Die Liquiditätsreserve ist ab dem Jahr 2009 innerhalb von vier Jahren in vier gleichförmigen Schritten aufzubauen, von denen jeweils die für die Finanzierung der aufgrund der Konvergenzregelung des § 272 erforderlichen Mittel abzusetzen sind. Sie muss am Ende des Vierjahreszeitraums ein Fünftel einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen. Da Höhe und Aufbau der Liquiditätsreserve im Gesetz selbst bestimmt werden, entfällt die Verordnungsermächtigung.

Zu Nummer 4 (Artikel 2 Nr. 29)

Redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der Nummern 1 bis 3. Der bisherige Inhalt von Artikel 4 wird unverändert übernommen.

Zu Artikel 4a (Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes)

Die wohnortnahe hausärztliche Versorgung ist die Basis für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Versicherten. Aus diesem Grund regelte Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung für die Jahre 1999 und 2000 erstmals eine Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch die Krankenkassen. Diese wurden dazu verpflichtet, sich im ambulanten und stationären Bereich an den Kosten der Weiterbildung zu beteiligen. Für den ambulanten Bereich wurde die Förderpflicht der Krankenkassen an eine mindestens gleich hohe Mitfinanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gebunden. Vorgesehen war ein monatlicher Förderbetrag von bis zu 2 000 DM im ambulanten und 2 000 DM im stationären Bereich. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen wurde auf 3 000 im Jahr 1999 und 6 000 im Jahr 2000 begrenzt. Gleichzeitig wurde vorgesehen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich jeweils mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen zu vereinbaren haben.

Durch Artikel 10 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) wurde auch für die Folgejahre eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vorgesehen. Die konkrete Höhe dieser finanziellen Beteiligung und die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen ist seither in den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der KBV und der DKG jeweils zu schließenden Verträgen zu regeln.

Sowohl der Vertrag mit der KBV als auch der Vertrag mit der DKG sehen bis zum heutigen Tag lediglich eine Fort-

schreibung des für die Jahre 1999 und 2000 gesetzlich festgelegten Förderbetrages vor. Die Förderung wurde bundesweit auf jeweils 3 000 Förderstellen pro Jahr begrenzt.

In Anbetracht des steigenden Bedarfes an Allgemeinärztinnen und -ärzten und vor dem Hintergrund, dass die Anzahl der Medizinerinnen und Mediziner, die eine allgemeinmedizinische Weiterbildung abschließen, nicht entsprechend zunimmt, sind die bestehenden Regelungen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu überarbeiten. Ziel der vorgenommenen Änderungen ist es, dass sich auch in Zukunft genügend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden.

Zu Nummer 1 (Artikel 8 Abs. 2)

Absatz 2 bestimmt derzeit, dass das Nähere über den Umfang und die Beteiligung der Krankenkassen an der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in getrennten Verträgen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KBV bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG zu vereinbaren ist. Durch die Änderung wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglicht, nun einen gemeinsamen Vertrag mit der KBV und der DKG zu schließen, wodurch eine ganzheitliche Betrachtung des Förderprogramms ermöglicht und eine sektorenübergreifende Optimierung erleichtert werden.

Im Hinblick auf die Verantwortlichkeit der Bundesärztekammer für die inhaltlichen Fragen der ärztlichen Weiterbildung sieht der neue Satz 2 vor, dass bei den zu treffenden Vereinbarungen zur Förderung der Allgemeinmedizin das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen ist. Hierdurch wird sichergestellt, dass deren Fachkompetenz einbezogen wird. Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund sinnvoll, dass die Bundesärztekammer auf Veranlassung des 110. Deutschen Ärztetages im Jahr 2007 in einer eigenen Arbeitsgruppe ein ausführliches Konzept zur Umgestaltung des bestehenden Förderprogramms erarbeitet hat.

Unverändert geblieben ist die Regelung zur Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung in Absatz 3. Auch künftig vermindert sich die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung um den vom Verband der privaten Krankenversicherung gezahlten Betrag. Aus diesem Grund ist über die Verträge nach Absatz 2 das Einvernehmen mit diesem Verband anzustreben.

Zu Nummer 2 (Artikel 8 Abs. 4)

Absatz 4, der vertragliche Vereinbarungen zur Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der Allgemeinmedizin sowie zur Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen vorsieht, wird um inhaltliche Vorgaben zu diesen Vereinbarungen ergänzt. So enthält der neue Satz 2 die Verpflichtung, die Höhe der finanziellen Beteiligung so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten. Denn insbesondere bei der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte war dies bisher nicht sichergestellt. Tatsächlich lag die Vergütung der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten

für die Tätigkeit hier häufig nur etwa halb so hoch wie die Vergütung im stationären Bereich. Der in der Weiterbildung vorgesehene Wechsel von der Klinik in die Praxis war damit in der Regel mit deutlichen finanziellen Einschnitten verbunden. Dies wird häufig als Grund dafür genannt, dass junge Medizinerinnen und Mediziner die Fachrichtung wechselten und sich am Ende gegen den Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung entschieden. Künftig soll durch die Ausgestaltung der Förderung sichergestellt werden, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine angemessene Vergütung der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten gewährleistet ist, sodass sich diese nicht aus finanziellen Gründen gegen den Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung entscheiden.

Vorgesehen ist zudem, dass in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten eine höhere Förderung je Weiterbildungsstelle erfolgen soll. Hierdurch sollen Anreize für die Aufnahme einer Weiterbildung in den betreffenden Regionen geschaffen werden. Dies kann zu einer Verbesserung der Versorgungssituation vor Ort bereits während der Weiterbildung und zu einer persönlichen Bindung der Weiterzubildenden an die Region führen, die auch nach Abschluss der Weiterbildung fortbesteht und möglicherweise sogar zu einer späteren hausärztlichen Niederlassung in der Region führt.

Hinsichtlich der Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen enthält der neue Satz 4 – anders als die gesetzliche Regelung für die Jahre 1999 und 2000 – künftig keine Regelung zur Begrenzung der Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen. Vielmehr ist vorgesehen, dass jährlich mindestens 5 000 Weiterbildungsstellen gefördert werden sollen.

Zu Nummer 3 (Artikel 8 Abs. 5)

Der neue Absatz 5 zeigt den Vertragspartnern zusätzliche Vertragsinhalte auf, um das bestehende System der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung stärker zu flexibilisieren und bedarfsgerechter auszugestalten.

So kann vereinbart werden, dass die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Bundes- oder Landesebene verwaltet werden können. Dadurch können die Organisation und Evaluation des Förderprogramms vereinfacht und ein zielgerichteter, flexiblerer Einsatz der Fördermittel erreicht werden.

Daneben können die Vertragsparteien auch vereinbaren, regionale Projekte zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu fördern. Denn häufig existieren auf regionaler Ebene bereits gute Ansätze, um die Attraktivität der hausärztlichen Weiterbildung zu erhöhen und damit auch die künftige hausärztliche Versorgung vor Ort zu verbessern.

Weiterhin kann vereinbart werden, dass Fördermittel, die in einem Förderzeitraum bereitgestellt, aber nicht abgerufen wurden, in den nächsten Förderzeitraum übertragen werden, um diese Fördermittel auch noch zu einem späteren Zeitpunkt verwenden zu können.

Schließlich können die Vertragspartner auch vereinbaren, nicht abgerufene Fördermittel überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitzustellen. Dadurch können z. B. Fördermittel, die in einem Land zur Verfügung gestellt, hier jedoch nicht abgerufen wurden, in einem anderen Land zur Förderung der Allgemeinmedizin

eingesetzt werden. Daneben können Fördermittel, die zum Beispiel für Förderungen im stationären Bereich vorgesehen waren, für den ambulanten Bereich verwendet werden.

Zu Artikel 4b (Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Mit den Änderungen wird von der neu eingefügten Ermächtigungsgrundlage des § 252 SGB V Gebrauch gemacht.

Die auf Grundlage der §§ 28c und 28n des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen regeln für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag das Nähere über Meldungen und Beitragsnachweise der Arbeitgeber und das Übermittlungsverfahren für Meldungen bei Bezug von Entgeltersatzleistungen.

Diese Rechtsverordnungen gelten bislang nicht für Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 SGB V, also für die Beiträge so genannter Direktzahler in den Gesundheitsfonds bzw. für sonstige Beiträge, die die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds weiterleiten, wie z. B. die Beiträge freiwillig Versicherter.

Mit den vorgesehenen Änderungen sind auch die Nachweisbarkeit und Überwachung der Zahlungen nach § 252 SGB V an den Gesundheitsfonds gewährleistet.

Zu Artikel 5 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsordnung)

Zu Nummer 1 (§ 12 Abs. 1)

Durch die Änderung werden die bisherigen Sätze 2 und 3 des § 12 Abs. 1 SVRV beibehalten. Dies ist erforderlich, da sie die Aktualisierungspflicht der versicherungsmathematischen Berechnungen sowie die zweckentsprechende Auflösung bzw. Verwendung der Rückstellungen für alle Sozialversicherungsträger normieren.

Zu Artikel 5a (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

Auf die Begründung zu Artikel 4b wird verwiesen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 0 (§ 31 Abs. 4)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Festlegungen, die das Bundesversicherungsamt nach § 31 Abs. 4 Satz 1 trifft, jeweils für das Jahr gelten, das dem Jahr der Festlegungen folgt, und hier sowohl dem monatlichen Verfahren als auch dem für dieses Jahr durchzuführenden Risikostrukturausgleich zugrunde zu legen sind.

Außerdem wird der Termin für die Festlegungen ab dem Jahr 2009 auf den 30. September 2009 verlegt, um sicherzustellen, dass das Bundesversicherungsamt aktuelle Morbiditätsdaten und Erfahrungen aus der Anwendung des zuletzt festgelegten Klassifikationsmodells berücksichtigen kann.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Mit der Einfügung dieses Satzes wird sichergestellt, dass das Bundesversicherungsamt seine Festlegungen auch unterjährig anpassen kann, wenn die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) oder die Arzneimittelklassifikation verändert wird, um die im Sinne der getroffenen Festlegungen korrekte Zuordnung von Versicherten zu den entsprechenden Morbiditätsgruppen auf Basis der für den Jahresausgleich relevanten Morbiditätsinformationen sicherzustellen. Ohne diese Vorschrift könnte das Bundesversicherungsamt entsprechende Änderungen erst im Rahmen der für das folgende Ausgleichsjahr zu treffenden Festlegungen vornehmen.

Zu Nummer 0a (§ 33)

In § 33 RSAV werden künftig die Begriffsbestimmungen zur Umsetzung der Vorgaben des § 272 SGB V geregelt. Der bisherige Text des § 33 RSAV wird in § 38 RSAV übernommen (Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzentwurfs).

Die Vorschrift enthält zur Klarstellung Begriffsbestimmungen. Anknüpfungspunkt sind zunächst die einzelnen Krankenkassen im Sinne des § 4 SGB V und des § 1 Abs. 3. Im Rahmen der Berechnung und Durchführung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V) ist zudem auf diejenigen Krankenkassen abzustellen, die in einem Land tätig sind. Zu diesem Zweck ist auf die Versicherten einer Kasse Bezug zu nehmen, die ihren Wohnsitz in dem jeweiligen Land haben. Die Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Ländern ist durch die Datenerhebung nach den §§ 30 und 34 gewährleistet. Mit den in einem Land wohnhaften Versicherten aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird sodann fiktiv eine einheitliche Landeskasse gebildet, um die landesbezogenen Belastungen im Sinne der Übergangsregelung ermitteln zu können. Da die Übergangsregelung auf die in den Ländern tätigen Krankenkassen abzielt, bleiben die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland außer Betracht (§ 272 SGB V, § 34 Abs. 1 Satz 3).

Zu Nummer 0b (§§ 33a bis 33c)

Zu § 33a

Zu Absatz 1

Die Vorschrift setzt § 272 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V um und enthält konkrete Vorgaben, welche Einnahmen das BVA in der Konvergenzphase zugrunde zu legen hat und wie diese zu ermitteln sind. Nach den Vorgaben in § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V werden die Einnahmedaten für das Berichtsjahr 2008 erhoben und entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortgeschrieben (vgl. Absatz 4).

Zu Absatz 2

§ 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V gibt vor, dass die am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze maßgeblich sind. Grundlage sollen der allgemeine und der zusätzliche Beitragssatz sein, die besonderen Beitragssätze der §§ 242 bis 248 SGB V in der Fassung bis zum 31. Dezember 2008 bleiben außer Betracht. Da die Beitragssatzanteile, die im Sinne des § 222 Abs. 6 SGB V in der Fassung bis zum 31. Dezember 2008 zur Entschuldung und für Finanzhilfen im Rahmen der jeweiligen Kassenart nach § 265a Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b

SGB V in der Fassung bis zum 31. Dezember 2008 nicht zur Finanzierung der Ausgaben der Kassen verwendet werden und die Verschuldung der Kassen bis Ende des Jahres 2008 abzubauen ist, bleiben sie außer Betracht (vgl. auch Wasem et al., Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V), Gutachten im Auftrag der Bundesregierung vom 10. April 2008, S. 19). Um den im Rahmen der Übergangsregelung erforderlichen Bezug zu den in einem Land tätigen Krankenkassen herzustellen (fiktive Landeskasse), ist ein bundeslandspezifischer Beitragssatz zu ermitteln.

Zu Absatz 3

Die Einnahmen der fiktiven Landeskasse basieren auf den Meldungen, die die Krankenkassen nach § 34 Abs. 1a nach Ländern differenziert für das Berichtsjahr 2008 erhoben und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das BVA übermittelt haben. Da die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung nach § 8 SGB IV und die Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V nicht bei den einzelnen Krankenkassen finanzwirksam werden, bleiben sie bei der Ermittlung der Einnahmen außer Betracht (so auch Wasem et al., a. a. O., S. 20).

Zu den Absätzen 4 bis 6

Die Vorschriften enthalten Vorgaben, wie die Einnahmen um die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs (RSA) und des Risikopools (RP) zu bereinigen sind (vgl. § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Grundlage sind der RSA und der RP in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung.

Zu § 33b

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt in Umsetzung des § 272 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wie das BVA die Zuweisungen zu ermitteln hat, die im Rahmen der Übergangsregelung zu berücksichtigen sind. Grundlage für die Zuordnung der Versicherten zu Ländern sind die jeweils aktuell nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erhobenen Daten.

Zu Absatz 2

Entsprechend der Regelung auf der Seite der fortgeschriebenen Einnahmen werden auch die Zuweisungen um die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung sowie die Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen bereinigt. Dazu werden der prozentuale Anteil der Summe der Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung und der Beteiligungen des Bundes am gesamten Zuweisungsvolumen ermittelt und alle Zuweisungen um diesen Prozentsatz gekürzt (vgl. auch Wasem et al., a. a. O., S. 6).

Zu Absatz 3

Da Bezugspunkt erneut die fiktive Landeskasse ist, sind die bundeslandspezifischen Zuweisungen zu ermitteln. Die Veränderungen in den Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten, die auf Grund der Anwendung der Übergangsregelung eintreten, bleiben unberücksichtigt.

Zu § 33c

Zu Absatz 1

Nach § 272 Abs. 1 Satz 2 SGB V hat das BVA für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüberzustellen. Für jede fiktiv ermittelte Landeskasse werden daher die nach § 33a ermittelten Einnahmen den nach § 33b ermittelten Zuweisungen gegenübergestellt. In der Summe über alle Länder ist sicherzustellen, dass die Einnahmen den Zuweisungen entsprechen, da in der Konvergenzphase lediglich Transfers zwischen den in den einzelnen Ländern tätigen Krankenkassen zu berücksichtigen und zu begrenzen sind (so auch Wasem et al., a. a. O., S. 6, der die Anwendung eines Korrekturfaktors empfiehlt).

In dieser Vorschrift wird auch definiert, wann im Sinne der Übergangsregelung von einer Belastung der in einem Land tätigen Krankenkassen gesprochen wird, die sich als Ergebnis der Gegenüberstellung von Einnahmen und Zuweisungen ergibt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt, dass die in Absatz 1 definierten Belastungen der in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne der Übergangsregelung im Jahr 2009 höchstens 100 Mio. Euro betragen dürfen. In den Folgejahren ist dieser Schwellenwert um jeweils 100 Mio. Euro anzuheben. Die Belastungen werden reduziert, indem die Zuweisungen um den erforderlichen Betrag erhöht werden. Die Differenz zwischen Belastung und Schwellenwert wird als Kappungsbetrag bezeichnet. Die Zuweisungen an die Krankenkassen in den jeweiligen Ländern werden um einen versichertenbezogenen Anteil an dem Kappungsbetrag erhöht.

Durch den Verweis auf § 39 Abs. 1 bis 4 wird sichergestellt, dass sich das Verfahren für die monatlichen Zuweisungen unter Anwendung der Übergangsregelungen in der Konvergenzphase ab 2009 an den Regelungen für die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten ohne Anwendung der Übergangsregelungen orientiert.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, dass die Übergangsregelungen nur Anwendung finden, sofern die nach Absatz 1 ermittelte Belastung der Krankenkassen in zumindest einem Land den Schwellenwert überschreitet. Darüber hinaus wird klargestellt, dass ab dem Jahr, in dem der Schwellenwert erstmalig nicht überschritten wird, die Übergangsregelungen keine Anwendung mehr finden. Maßgeblich sind dabei die Ist-Werte des Jahresausgleichs. Im monatlichen Verfahren wird die Konvergenzregelung durchgeführt, wenn die entsprechende Prognose für das kommende Ausgleichsjahr die Überschreitung des maßgeblichen Schwellenwertes erwarten lässt.

Zu Nummer 0c (§ 34)

Mit der Änderung wird die Überschrift an den Regelungsinhalt der Vorschrift angepasst.

Zu Nummer 1 (§§ 35 bis 37)**Zu § 35**

Folgeänderung, die durch die Einfügung der §§ 40 und 41 notwendig geworden ist.

Zu § 36**Zu Absatz 1**

Die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) geforderte wettbewerbsneutrale Veränderung der monatlichen Zuweisungen (Bundesratsdrucksache 342/08) wird in § 40 – neu – umgesetzt. Als Folge ist die Grundpauschale auf der Grundlage der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen zu ermitteln. Die Grundpauschale bleibt im jeweiligen Ausgleichsjahr unverändert und gibt den durchschnittlichen Versorgungsbedarf eines Versicherten wieder, der durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu decken ist. Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale sind die voraussichtlichen Versicherungszeiten aller Krankenkassen. Soweit die vom Spitzenverband Bund festzulegende DMP-Programmkostenpauschale (§ 38 – neu) Anteile zur Deckung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben enthält, sind diese bei der Ermittlung der Grundpauschale in Abzug zu bringen.

Zu Absatz 2

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Grundpauschale im jeweiligen Ausgleichsjahr sowohl im monatlichen Verfahren als auch im Jahresausgleich unverändert bleibt, da die Zuweisungen im jeweiligen Ausgleichsjahr für die Kassen zuverlässig kalkulierbar sein sollen. Die vom Bundesrat geforderte Berücksichtigung von Veränderungen der Versicherungszahl und Versichertenstruktur sowie die wettbewerbsneutrale Anpassung der Zuweisungen ist in § 39 Abs. 2 und 3 – neu – und § 40 – neu – umgesetzt, die Grundpauschale bleibt hiervon unberührt. Unterjährige Einnahmeschwankungen werden über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen; die Grundpauschale bleibt auch hier unberührt.

Zu Absatz 3**Zu Satz 1**

Die ergänzende Regelung stellt klar, dass das Bundesversicherungsamt seiner Verpflichtung, die für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs maßgeblichen Werte nach § 266 Abs. 5 Satz 2 SGB V bekanntzugeben, im Rahmen der Bekanntmachung der Grundpauschale nachkommt.

Zu Satz 2

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum GKV-OrgWG darauf hingewiesen, dass die Bekanntgabe der Grundpauschale für die Versicherten einer Krankenkasse keine ausagekräftige Information darstellt. Diesem Hinweis wird dadurch Rechnung getragen, dass die Krankenkassen ihren Versicherten in geeigneter Form nicht nur die Höhe der Grundpauschale mitzuteilen haben, sondern gleichzeitig ihre Bedeutung erläutern sollen, z. B. durch Darlegung des Zusammenhangs zwischen der Grundpauschale und den alters-

geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen, die die Zuweisungen an die Krankenkassen bestimmen.

Zu § 37**Zu den Absätzen 1 bis 3**

Die Ergänzungen stellen klar, dass die in § 36 geregelten Grundsätze für die Ermittlung der Grundpauschale auch für die Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben gelten. Sie sind im Voraus für jedes Ausgleichsjahr festzulegen, Grundlage sind die der Beitragssatzfestlegung durch die Bundesregierung zugrunde liegenden Prognosen. Die Werte sind durch die ggf. in der DMP-Programmkostenpauschale enthaltenen Anteile für Verwaltungskosten zu bereinigen.

Die Sonderregelung für geschlossene Betriebskrankenkassen, bei denen das Trägerunternehmen die Personalkosten übernimmt, entfällt; die Vorgaben für die Sonderregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung werden in Absatz 3 zusammengeführt. Für die geschlossenen, nicht geöffneten Betriebskrankenkassen räumt § 147 Abs. 2 Satz 1 SGB V den Arbeitgebern weiterhin die Möglichkeit ein, auf ihre Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen zu bestellen. Die damit einhergehende, vom Gesetzgeber eingeräumte Begünstigung der Mitglieder dieser Krankenkassen soll diesen auch nach Durchführung des Standardisierungsverfahrens verbleiben.

Die Sonderregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung bleibt zunächst bestehen. Gemäß der Übergangsregelung in § 318 SGB V – neu – ist Absatz 3 jedoch nicht mehr anzuwenden, wenn die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung im Haushaltsplan der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See getrennt und detailliert entsprechend dem für die Krankenversicherung geltenden Kontenrahmen ausgewiesen sind. Diese Grundsätze sind auch im Rahmen der Rechnungslegung und beim Jahresabschluss zu beachten.

Zu Absatz 4

Mit diesen Ergänzungen wird klargestellt, dass die in § 36 geregelten Grundsätze für die Ermittlung der Grundpauschale auch für die Ermittlung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen gelten. Sie sind auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung durch die Bundesregierung zugrunde liegenden Prognosen im Voraus für jedes Ausgleichsjahr festzulegen.

Zu Absatz 5

Die Bekanntmachung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben erfolgt durch das Bundesversicherungsamt zum gleichen Zeitpunkt wie die Bekanntmachung der Grundpauschale.

Zu Nummer 3 (§ 39)**Zu Absatz 1**

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) gefordert (Bundesratsdrucksache 342/

08), bereits in diesem Gesetzgebungsverfahren die Termine für die monatlichen Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen festzulegen und Veränderungen der Zahl und der Struktur der Versicherten im monatlichen Verfahren, zu berücksichtigen. Die Neufassung des Absätze 2 bis 4 kommt dieser Forderung des Bundesrates nach. Dabei werden die bisherigen Vorschriften zum monatlichen Verfahren, soweit notwendig, an den neuen Verfahrensablauf im Gesundheitsfonds angepasst. Der Verweis auf eine gesonderte Rechtsverordnung, in der das Nähere zum monatlichen Verfahren geregelt wird, kann entfallen.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 konkretisiert die Vorgaben für das Bundesversicherungsamt zur Ermittlung der monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen. Auf der Grundlage der für das Jahr insgesamt ermittelten Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Ausgaben der Krankenkassen werden die kassenindividuellen Werte ermittelt und hieraus die vorläufige Höhe der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren festgestellt. Diese Werte werden den einzelnen Krankenkassen mitgeteilt (Grundlagenbescheid). Satz 2 bestimmt, dass diese monatlichen Zuweisungen in den Folgemonaten entsprechend dem bisherigen monatlichen Verfahren an die Veränderungen in der Zahl der Versicherten einer Krankenkasse anzupassen sind. Grundlage für die Anpassung sind dabei die sich aus den aktuellen Datenmeldungen der Versichertenzahlen (Meldung KM1) ergebenden Veränderungen. Der Verweis auf § 3 Abs. 6 Satz 4 bis 6 stellt sicher, dass auch künftig einzekassenbezogene Besonderheiten individuell berücksichtigt werden können.

Zu den Absätzen 3 bis 5

Der neue Absatz 3 regelt, dass die monatlichen Zuweisungsgrundlagen wie im bisherigen monatlichen Verfahren nach Vorlage der aktuellen Daten über die Versichertenstruktur an die entsprechenden Veränderungen anzupassen sind. Diese bilden fortan die Grundlagen für die weiteren Zuweisungen. Darüber hinaus werden die bis dahin geleisteten Zuweisungen in Form eines Zwischenausgleichs korrigiert. Diese weitere Anpassung der monatlichen Zuweisungen dient dazu, mögliche Abweichungen zu den abschließend im Jahresausgleich ermittelten Zuweisungen nochmals zu verringern. Satz 3 verweist darauf, dass die bisherigen Regelungen zu Zeitpunkt und Durchführung der Zwischenausgleiche sowie zu Zahlungsverkehr und Säumnisverfahren entsprechend zur Anwendung kommen.

In Absatz 4 wird festgelegt, dass sich die Auszahlungstermine der monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen insbesondere an den Hauptfälligkeitzeitpunkten der Beträge orientieren, die beim Gesundheitsfonds eingehen. Da sich die Fälligkeiten der Beträge für einen jeweiligen Ausgleichsmonat auf den Folgemonat erstrecken, hat dies zur Folge, dass auch die Auszahlung der Zuweisungen für diesen Ausgleichsmonat monatsübergreifend in Teilbeträgen erfolgt und vollständig bis zum 15. des dem Ausgleichsmonat folgenden Monats bewirkt wird. Hauptfälligkeitzeitpunkte sind insbesondere der erste Bankarbeitstag im Monat

für die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221 Satz 3 SGB V), der Achte eines Monats für die Abschlagszahlung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (§ 255 Abs. 3 Satz 3 SGB V) sowie für Beiträge aus Sozialleistungen (§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV), der 15. des Monats für sonstige Beiträge einschließlich der Beiträge der Künstlersozialkasse (§ 23 Abs. 1 Satz 4 SGB IV), der drittletzte Bankarbeitstag des Monats für Beiträge aus Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) sowie der letzte Tag des Monats für Beiträge aus Renten der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 255 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V).

Als Folgeänderung der Einfügung der neuen Absätze 3 und 4 wird der bisherige Absatz 3 zu Absatz 5.

Zu Nummer 4 (§§ 40 und 41)

Zu § 40

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) gefordert (Bundesratsdrucksache 342/08), eine Regelung für den Fall zu treffen, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds die GKV-Ausgaben nicht decken. Die entsprechenden Unterschiedsbeträge müssten im Ergebnis wettbewerbsneutral auf alle Kassen aufgeteilt werden. Der Bundesrat schlägt vor, in diesem Fall gleiche, mitgliederbezogene Kürzungen der Zuweisungen vorzusehen, um Verwerfungen bei der Kalkulation von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen zu vermeiden. Die Neuregelung trägt der Forderung des Bundesrates Rechnung.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt aus den voraussichtlichen, bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen, standardisierten Ausgaben der Krankenkassen im Voraus für ein Ausgleichsjahr einen Differenzbetrag ermittelt, der auf die Mitglieder der Krankenkassen umzulegen ist. Grundlage für die Bestimmung der voraussichtlichen Werte durch das Bundesversicherungsamt sind die Prognosen, die die Bundesregierung der Beitragssatzfestlegung zugrunde legt. Die Verteilung dieses mitgliederbezogenen Betrages auf die Krankenkassen erfolgt durch eine Anpassung der monatlichen Zuweisungen.

Im Startjahr des Gesundheitsfonds sollen 100 Prozent der Ausgaben in der GKV durch entsprechende Zuweisungen an die Krankenkassen gedeckt werden. Im weiteren Zeitablauf kann diese Deckungsquote unterschritten werden, da eine Anpassung des einheitlichen Beitragssatzes durchzuführen ist, wenn im laufenden und im Folgejahr eine Deckungsquote von 95 Prozent unterschritten wird. Die Unterschiedsbeträge sind von den Krankenkassen auszugleichen. Die Regelung stellt sicher, dass diese Beträge mitgliederbezogen und damit wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen verteilt werden. Die Regelung gilt gleichermaßen, wenn die Einnahmen des Fonds die Ausgaben übersteigen, sofern die Liquiditätsreserve aufgebaut ist.

Zu Absatz 2

Entsprechend den Regelungen in § 36 Abs. 3 und § 37 Abs. 5 gibt das Bundesversicherungsamt die nach Absatz 1 ermittelten Beträge den Krankenkassen bekannt.

Zu § 41

In seiner Stellungnahme zum GKV-OrgWG hat der Bundesrat auch gefordert (Bundesratsdrucksache 342/08), das Nähere zur Durchführung eines Schlussausgleichs bereits heute zu regeln und auch für den Jahresausgleich eine Regelung für den Fall zu treffen, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds die GKV-Ausgaben nicht decken. Danach soll der Unterschiedsbetrag auch hier wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen aufgeteilt werden, beispielsweise durch gleiche, mitgliederbezogene Kürzungen der Zuweisungen, um Verwerfungen bei der Kalkulation von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen zu vermeiden.

Die neue Vorschrift trägt der Forderung des Bundesrates in Bezug auf die Durchführung des Jahresausgleichs Rechnung.

Zu Absatz 1

Diese Vorschrift stellt sicher, dass wie im bisherigen RSA ein Jahresausgleich anhand der in den Rechnungsergebnissen ausgewiesenen Ausgaben durchgeführt wird. Die Werte für die standardisierten Leistungsausgaben und die daraus resultierenden Zu- und Abschläge sowie die Werte für die sonstigen Ausgaben werden im Jahresausgleich neu justiert; die Grundpauschalen bleiben unverändert. Die sich aus der Anwendung der Übergangsregelungen für die Einführung des Gesundheitsfonds ergebenden Zuweisungserhöhungen (siehe § 272 SGB V, die §§ 33 bis 33c – neu) werden ebenfalls angepasst.

Zu Absatz 2

Entsprechend der Regelung in § 40 – neu – werden die Unterschiedsbeträge, die aus einem Vergleich der Einnahmen des Gesundheitsfonds mit den GKV-Ausgaben resultieren, auch im Jahresausgleich wettbewerbsneutral auf alle Krankenkassen verteilt. An die Stelle der voraussichtlichen Werte für die Ausgaben der Krankenkassen treten hier die Werte der endgültigen Rechnungsergebnisse.

Zu Absatz 3

Diese Regelung gibt vor, wie die Höhe der Zuweisungen für die Krankenkassen im Jahresausgleich zu berechnen ist. Die ermittelten Beträge sind um den nach Absatz 2 ermittelten Unterschiedsbetrag zu verändern.

Zu Absatz 4

Wie im bisherigen RSA-Verfahren auch gibt das Bundesversicherungsamt den Krankenkassen die im Jahresausgleich ermittelten Werte sowie die ermittelten Zuweisungen bekannt. Die Vorschrift stellt außerdem klar, dass die Differenzbeträge, die sich aus einem Vergleich der im Jahresausgleich ermittelten Zuweisungen mit den im monatlichen Abschlagsverfahren gezahlten Zuweisungen ergeben, entsprechend den bisherigen Regelungen zum Risikostruktur-

ausgleich mit ihrer Bekanntgabe an die Krankenkassen fällig werden.

Zu Absatz 5

Es wird klargestellt, dass der Jahresausgleich auch künftig bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen ist.

Zu Artikel 6a (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

§ 12c VAG ermächtigt das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz, die Kalkulationsverordnung (KalV) zu erlassen. Im Rahmen der Implementierung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich erwiesen, dass die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der KalV präzisiert werden muss. Beabsichtigt ist eine Klarstellung in der Ermächtigungsgrundlage zur Änderung der KalV, um bei der Berechnung der jeweils mitzugebenden Alterungsrückstellungen eine Mindestverweildauer im Basistarif nach einem Wechsel im ersten Halbjahr 2009 berücksichtigen zu können. Der Gesetzgeber greift damit Anregungen auf, die die Versicherungswirtschaft an ihn herangetragen hat. Durch die KalV können aufgrund der Neuregelung in § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b VAG nunmehr nähere Bestimmungen zum Wechsel in den Basistarif im ersten Halbjahr 2009 gemäß § 12 Abs. 1b VAG und zu einem darauf folgenden Wechsel aus dem Basistarif erlassen werden. Insbesondere kann ein mehrfacher Wechsel mit Anrechnung der Alterungsrückstellungen, die vor dem ersten Wechsel aufgebaut wurden, von einer Mindestverweildauer im Basistarif abhängig gemacht werden.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)**Zu Absatz 1**

Der überwiegende Teil der Vorschriften tritt zum 1. Januar 2009 in Kraft. Dies gilt insbesondere für die Aufhebung der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 InsO sowie für die Regelungen, die im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich stehen.

Zu Absatz 2

Die Korrektur eines Verweises im SGB XI tritt zum gleichen Zeitpunkt in Kraft wie die entsprechenden Vorschriften des SGB XI.

Zu Absatz 3

Die Regelung zur Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte und -zahnärzte tritt bereits zum 1. Oktober 2008 in Kraft, damit sie auch für die Ärzte und Vertragszahnärzte Wirkung entfalten kann, die im letzten Quartal 2008 das 68. Lebensjahr vollenden. Vergleiche im Einzelnen die Begründung zu Artikel 1 Nr. 1i.

Zu Absatz 4

Die Neuregelung der Finanzierung der Landesverbände der Krankenkassen tritt bereits am Tag der dritten Lesung dieses

Gesetzes in Kraft, damit die Neuregelung bereits im Lauf des letzten Quartals 2008 wirksam werden kann.

Zu Absatz 5

Am Tag nach der Verkündung treten im Wesentlichen die Neuregelungen über die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf die Einzelverträge der Krankenkassen und den Rechtsweg in Vergabestreitverfahren in Kraft, damit diese Regelungen möglichst frühzeitig für die betroffenen Verträge und Streitverfahren zur Anwendung kommen. Auch die Änderungen des GKV-WSG treten am Tag nach der Verkündung in Kraft, damit sie am 1. Januar 2009 in der geänderten Fassung in Kraft treten können.

Zu Absatz 6

Der neu eingefügte § 128 SGB V tritt am 1. April 2009 in Kraft. Damit wird den Betroffenen insbesondere die Möglichkeit eingeräumt, nach geltendem Recht noch zulässige Versorgungsformen gegebenenfalls auf die neuen Rahmenbedingungen umzustellen.

Zu Absatz 7

Am 1. Januar 2010 treten insbesondere die Regelungen in Kraft, die im Zusammenhang mit der Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen stehen. Dies gilt auch für die Regelungen über die für die Krankenkassen geltenden Rechnungslegungsvorschriften.

Berlin, den 15. Oktober 2008

Der Ausschuss für Gesundheit

Jens Spahn
Berichtersteller

Dr. Carola Reimann
Berichterstellerin

Daniel Bahr (Münster)
Berichtersteller

Frank Spieth
Berichtersteller

Birgitt Bender
Berichterstellerin

