Deutscher Bundestag **Drucksache 16/3100**

16. Wahlperiode 24. 10. 2006

Gesetzentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

A. Problem und Ziel

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen bietet eine Patientenversorgung auf hohem Niveau. Mit seiner Innovationskraft ist es zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Angesichts dieser Ineffizienzen und vor dem Hintergrund der großen Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts ist das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Das gilt sowohl für die Finanzierungsseite als auch für die Angebotsstrukturen. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzbedarf erforderlich.

Eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmenseite im Gesundheitswesen muss verbunden sein mit einer Reform der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden.

Die in diesem Gesetz vorgesehenen Reformmaßnahmen stellen sicher, dass auch in Zukunft soziale Sicherheit im Krankheitsfall für alle gewährleistet wird. Insbesondere ist vorgesehen:

- Ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellungen für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassenseite insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern, Reformen der Organisation wie z. B. die Ermög-

lichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie den neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds,

- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer z. B. durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung, durch verstärkten Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung sowie durch mehr Vertrags- und Preiswettbewerb in der Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV bei Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Verbesserung der Wahlrechte und Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung durch anrechnungsfähige Ausgestaltung der Alterungsrückstellungen sowie Einführung eines Basistarifs in der PKV, der allen PKV-Versicherten, der PKV systematisch zuzuordnenden Personen und allen freiwillig Versicherten in der GKV offensteht.

B. Lösung

Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung haben sich insbesondere auf folgende Maßnahmen verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden:

– Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerblich ausgestaltet. Dies wird erreicht u. a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.

– Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird eine Weiterentwicklung hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Nutzen der Versicherten und Patienten eingeleitet. Der Beitragssatz wird per Rechtsverordnung festgelegt. Kassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Neben der Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und dem Angebot von Kosten sparenden Tarifen für ihre Versicherten erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern – bei einer Begrenzung auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens – einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Erwirtschaften Kassen Überschüsse, können sie diese an ihre Versicherten ausschütten.

– Durch die anteilige Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Hierfür werden aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, 2009 3 Mrd. Euro bereitgestellt. Ab 2010 soll der Bundeszuschuss weiter anwachsen. Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der

Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.

– Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) im Umfang des Basistarifes sowie die Schaffung eines Basistarifes in der privaten Versicherung werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2007 im Vergleich zum geltenden Recht geschätzte finanzielle Entlastungen in einer Größenordnung von jährlich ca. 1,8 Mrd. Euro, von denen bei Inkrafttreten zum 1. April im Jahre 2007 ca. 1,4 Mrd. Euro finanzwirksam werden.

Durch eine Vielzahl von strukturellen Reformmaßnahmen ergibt sich darüber hinaus mittel- und langfristig zusätzliches Einsparpotential in erheblichem Umfang.

Ab dem Jahr 2008 wird die teilweise Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus Steuermitteln fortgeführt und in den Folgejahren ausgebaut. Hierfür werden den Krankenkassen aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, in 2009 3,0 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Ab 2010 soll dieser Bundeszuschuss weiter ansteigen.

Finanzielle Entlastungen für den Bund ergeben sich durch die volle Übernahme der Verwaltungskosten durch die knappschaftliche Krankenversicherung ab dem 1. April 2007 von 42 Mio. Euro in den Jahren 2007 und 2008, 28 Mio. Euro im Jahr 2009 und 14 Mio. Euro im Jahr 2010.

Der Bund trägt nach § 37 Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler.

Die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen führen ab dem Jahr 2007 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres zu einer finanziellen Entlastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte i. H. v. rd. 20 Mio. Euro. Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April 2007 ergibt sich für dieses Jahr eine finanzielle Entlastung des Bundes von rd. 15 Mio. Euro.

E. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen und begrenzt den Beitragssatzanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung ab der Einführung des Gesundheitsfonds. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit einem steigenden Bundeszuschuss werden die Kosten für die Wirtschaft und die Unternehmen stabilisiert. Je nach Unter- bzw. Überschreitung der Arbeitgeberanteile auf der Basis der bisherigen kassenindividuellen Beitragssätze im Vergleich zum Arbeitgeberanteil beim zukünftigen allgemeinen Beitragssatz können sich für die einzelnen Unternehmen sowohl Be- als auch Entlastungen ergeben. Diese Be- und Entlastungseffekte hängen davon ab, wie sich die Beschäftigten der betroffenen Unternehmen auf Kassen mit bislang unterproportionalen sowie auf Kassen mit bislang überproportionalen Beitragssätzen verteilen, und sind im Einzelnen nicht quantifizierbar. Durch die Regelungen in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung kann das

Preisniveau in diesen Teilsegmenten gedämpft werden. Im Bereich des Systems der privaten Krankenversicherung ist mit geringfügigen Mehrkosten der Versicherungsunternehmen für die Durchführung des Risikoausgleichs zu rechnen. Auswirkungen des Gesetzes auf Einzelpreise, Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht auszuschließen.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Vom …

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4	Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 5	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 6	Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 7	Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 8	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 9	Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 10	Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 11	Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 12	Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten
Artikel 13	Änderung des Bundesversorgungsgesetzes
Artikel 14	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 15	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989
Artikel 16	Weitere Änderungen des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989
Artikel 17	Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte
Artikel 18	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 19	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Artikel 20	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Artikel 21	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
Artikel 22	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
Artikel 23	Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung
Artikel 24	Änderung der Schiedsamtsverordnung
Artikel 25	Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung
Artikel 26	Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung
Artikel 27	Änderung der Beitragsverfahrensordnung
Artikel 28	Änderung der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung
Artikel 29	Änderung der KV-/PV-PauschalbeitragsverordnUng
Artikel 30	Änderung des Arzneimittelgesetzes
Artikel 31	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung
Artikel 32	Änderung der Arzneimittelpreisverordnung
Artikel 33	Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung
Artikel 34	Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
Artikel 35	Änderung der Apothekenbetriebsordnung
Artikel 36	Änderung des Apothekengesetzes
Artikel 37	Änderung der Schiedsstellenverordnung
Artikel 38	Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Artikel 39	Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen
Artikel 40	Aufhebung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse
Artikel 41	Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes
Artikel 42	Änderung des Transplantationsgesetzes
Artikel 43	Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag
Artikel 44	Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes
Artikel 45	Änderung der Kalkulationsverordnung
Artikel 46	Inkrafttreten

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. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 wird das Wort „knappschaftlichen“ gestrichen.

   b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „dass“ das Wort „Beitragssatzerhöhungen“ durch das Wort „Beitragserhöhungen“ ersetzt und nach dem Wort „Wirt-

schaftlichkeitsreserven“ die Wörter „ohne Beitragssatzerhöhungen“ gestrichen.

1a. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a
Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

Abweichungen von den Regelungen des Verwaltungsverfahrens nach den §§ 266, 267 und 269 durch Landesrecht sind ausgeschlossen.“

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 11 werden die Wörter „auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren; als Zeiten der Pflichtversicherung gelten auch Zeiten, in denen wegen des Bezugs von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus (§ 38 Nr. 2 des Sechsten Buches) oder des Bezugs von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 143 des Siebten Buches) eine freiwillige Versicherung bestanden hat“ durch die Wörter „Mitglied oder nach § 10 versichert waren“ ersetzt.

bb) In Nummer 11a und 12 wird jeweils der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 13 angefügt:

„13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte.“

c) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes.“

d) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 1 wird das Wort „übersteigt“ durch die Wörter „in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ ersetzt.

b) In Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „Bezieher von Arbeitslosengeld II“ durch die Wörter „Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.“

d) Absatz 5 wird aufgehoben.

e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen und die am (Einfügen: Tag der ersten Lesung) bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, bleiben versicherungsfrei, solange sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen.“

4. In § 8 Abs. 1 Nr. 1a werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld“ das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt und die Angabe „oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a)“ gestrichen.

5. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Nr. 3 wird aufgehoben.

6. § 10 Abs. 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

   „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.“

7. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

      „(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.“

   b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

8. § 13 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) Die Sätze 2, 3 und 10 werden aufgehoben.

   b) Folgender Satz wird angefügt:

      „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.“

9. In § 15 Abs. 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

   „Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.“

10. Im Dritten Kapitel wird die Überschrift des Dritten Abschnitts wie folgt gefasst:

    „Dritter Abschnitt
    Leistungen zur Verhütung von Krankheiten,
    betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention
    arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren,
    Förderung der Selbsthilfe“.

11. § 20 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt“ ersetzt.

    b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

       „(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

    c) Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.

12. Nach § 20 werden folgende §§ 20a bis 20d eingefügt:

    „§ 20a
    Betriebliche Gesundheitsförderung

    (1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

    (2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

    § 20b
    Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

    (1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

    (2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

§ 20c
Förderung der Selbsthilfe

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.

§ 20d
Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder fristgemäß zu Stande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.

(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen.“

13. § 21 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

        bb) In Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat“ ersetzt.

    b) In Absatz 3 werden die Wörter „der Spitzenverbände“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

14. § 23 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und das Wort „haben“ durch das Wort „hat“ ersetzt.

b) Absatz 9 wird aufgehoben.

15. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung;“.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 23 Abs. 4 gilt nicht.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

16. § 31 wird wie folgt geändert:

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

„(2a) Für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe nach § 35 einzubeziehen sind, setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2 einen Höchstbetrag fest, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen. Den pharmazeutischen Unternehmern ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Höchstbetrag ist auf Grund einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 3 festzusetzen. Dabei sind die anteiligen Entwicklungskosten für die im Geltungsbereich dieses Gesetzes angewendeten Arzneimittel während der Dauer des Unterlagenschutzes zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 3 kann der Höchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer festgelegt werden. § 31 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen können“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann“ ersetzt.

bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind.“

17. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.“

b) Die Sätze 4 bis 7 des bisherigen Absatzes 1 werden Absatz 2.

c) Der bisherige Absatz 2 wird aufgehoben.

d) In Absatz 3 Satz 1 und Abs. 4 wird jeweils die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.

e) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze 6 bis 8 angefügt:

„(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.“

18. § 35 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt“ ersetzt.

    b) In Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam können“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann“ ersetzt.

19. In § 35a Abs. 5 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen und veröffentlichen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht“ und das Wort „übermitteln“ durch das Wort „übermittelt“ ersetzt.

20. § 35b wird wie folgt geändert:

    a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Nutzens“ die Wörter „und der Kosten“ eingefügt.

    b) Absatz 1 Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

    „Das Institut erstellt auf Grund eines Auftrags nach Satz 1 eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel (Kosten-Nutzenbewertung); Absatz 2 gilt entsprechend. Die Kosten-Nutzenbewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Das Institut entscheidet über die Methoden für die Erarbeitung von Bewertungen nach Satz 1 und 3 auf der Grundlage der international üblichen Standards der evidenzbasierten Medizin unter Durchführung einer Beteiligung entsprechend § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 4 und 5 und veröffentlicht die Entscheidung im Internet.“

    c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

    aa) In Satz 1 wird das Wort „Nutzenbewertungen“ durch das Wort „Bewertungen“ ersetzt.

    bb) In Satz 3 wird das Wort „Nutzenbewertung“ durch das Wort „Bewertung“ ersetzt.

21. § 36 Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

    „(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

    (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.“

22. § 37 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Haushalt“ ein Komma eingefügt und die Wörter „oder ihrer Familie“ durch die Wörter „ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen,“ ersetzt.

    b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

    aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elftes Buches zu berücksichtigen ist.“

    bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

    „Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.“

    c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

    „(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, in welchen Fällen Leistungen nach Absatz 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.“

23. Nach § 37a wird folgender § 37b eingefügt:

    „§ 37b
    Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

    (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach

Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.“

24. In § 39 Abs. 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen, die“ die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

25. § 39a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen und in der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben.“

bb) Der bisherige zweite Halbsatz des Satzes 4 wird Satz 6; in ihm wird das Wort „der“ durch das Wort „Der“ ersetzt.

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.“

26. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „in wohnortnahen“ durch die Wörter „durch wohnortnahe“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „einer“ werden die Wörter „nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten“ eingefügt.

bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.“

c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und das Wort „haben“ durch das Wort „hat“ ersetzt.

d) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich und“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt“ ersetzt.

27. Nach § 40 wird folgender § 40a eingefügt:

„§ 40a
Geriatrische Rehabilitation

Leistungen nach § 40, die im Einzelfall zur geriatrischen Rehabilitation geboten sind, hat die Krankenkasse zu erbringen. Leistungen nach § 40 Abs. 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.“

28. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung;“.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 40 Abs. 2 gilt nicht.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

29. § 43 Abs. 2 Satz 4 wird aufgehoben.

30. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,
2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige,
3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,

4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 5 unberührt.

30a. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 letzter Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 5 gewählt hat.“

b) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

31. § 52 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.“

32. Nach § 52 wird folgender § 52a eingefügt:

„§ 52a
Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.“

33. § 53 wird wie folgt gefasst:

„§ 53
Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(5) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(7) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(8) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“

34. § 54 wird aufgehoben.

35. In § 56 Abs. 5 Satz 2 werden die Angabe „nach § 94 Abs. 1 Satz 3“ durch die Angabe „nach § 94 Abs. 1 Satz 5“ und die Angabe „§ 87 Abs. 6 Satz 2 zweiter

Halbsatz und Satz 3“ durch die Angabe „§ 87 Abs. 6 Satz 4 zweiter Halbsatz und Satz 6“ ersetzt.

36. § 57 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

37. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,

2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.“

bb) Nach dem bisherigen Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.“

38. § 64 Abs. 2 wird aufgehoben.

39. § 65a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die Absätze 2 und 3.

d) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „den Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

40. § 65b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert“ ersetzt, die Wörter „gemeinsam und einheitlich“ gestrichen und die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

41. In § 71 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „dass“ das Wort „Beitragssatzerhöhungen“ durch das Wort „Beitragserhöhungen“ ersetzt und nach dem Wort „Wirtschaftlichkeitsreserven“ die Wörter „ohne Beitragssatzerhöhungen“ gestrichen.

42. In § 72a Abs. 1 und 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

43. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1c und 7 werden aufgehoben.

b) In Absatz 8 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „und Bezugsquellen“ eingefügt.

44. § 73a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

b) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

c) Absatz 2 wird aufgehoben.

45. § 73b wird wie folgt gefasst:

„§ 73b
Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b hinausgehen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können 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.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“

46. § 73c wird wie folgt gefasst:

„§ 73c
Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versor-

gung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“

47. Nach § 73c wird folgender § 73d eingefügt:

„§ 73d
Verordnung besonderer Arzneimittel

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, bei denen auf Grund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte nach Absatz 2 für die jeweiligen Arzneimittel. In den Richtlinien ist das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt nach Absatz 2 zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist von einem Arzt nach Absatz 2 erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist.

(2) Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlosse-

nen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt, sofern sie ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenlegen. Kommt eine Einigung nach Satz 1 zweiter Halbsatz nicht in angemessener Frist zustande und sind hierdurch bessere Ergebnisse für die Versorgung hinsichtlich der Patientenversorgung und der Wirtschaftlichkeit zu erwarten, kann die Krankenkasse nach vorheriger Ausschreibung durch Vertrag die Wahrnehmung der Aufgabe eines Arztes für besondere Arzneimitteltherapie auf einzelne der nach Satz 1 bestimmten Ärzte beschränken. Die Krankenkasse hat einen Vertrag nach Satz 2 der Kassenärztlichen Vereinigung spätestens zwei Monate vor Vertragsbeginn mitzuteilen. Verträge nach Satz 2 können jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalenderjahres mit Gültigkeit von mindestens zwei Jahren vereinbart werden. Abweichend von Satz 1 zweiter Halbsatz kann die Krankenkasse, die einen Vertrag nach § 116 Abs. 2 mit einem Krankenhaus geschlossen hat, die im Rahmen dieses Vertrages tätigen Ärzte zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmen.

(3) Arzneimittel, für die Richtlinien nach Absatz 1 gelten, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit diese nach Absatz 1 verordnet worden sind. Für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach Absatz 2 Satz 2 und 5 ist die Einhaltung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 durch Vereinbarung in diesen Verträgen zu gewährleisten und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben für die Freistellung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übermitteln; die §§ 296 bis 298 gelten entsprechend.

(4) Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Absatzes 1 zu verordnen, sobald im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung im Rahmen der auf Grund dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren sichergestellt ist; die Voraussetzungen hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen. Die Kassenärztliche Vereinigung gibt den Zeitpunkt in ihrem Mitteilungsblatt bekannt, ab dem das Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 gilt.

(5) Absatz 1 bis 4 gilt für Diagnostika entsprechend.“

48. Nach § 75 Abs. 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder dem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 314 Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen ist in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu regeln. Die ärztlichen Leistungen sind mindestens so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Wird zwischen den Vertragsparteien keine Einigung über die Vergütung nach Satz 2 erzielt, sind die ärztlichen Leistungen so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. In den Vereinbarungen nach Satz 2 sind für den Fall, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch die in diesem Absatz genannten Aufgaben Verwaltungskosten entstehen, Regelungen zur Erstattung dieser Kosten in angemessenem Umfang zu treffen. Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die nicht dem Verband der privaten Krankenversicherung angehören, können den Vereinbarungen nach Satz 2 beitreten.“

48a. Dem § 77 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde können die Vertragspartner nach § 83 gemeinsam eine Verlängerung der in Satz 2 genannten Frist um bis zu vier Quartale vereinbaren, falls dies aus besonderen Gründen erforderlich ist.“

49. Nach § 77 wird folgender § 77a eingefügt:

„§ 77a
Dienstleistungsgesellschaften

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 2 aufgeführten Aufgaben Gesellschaften gründen.

(2) Gesellschaften nach Absatz 1 können gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern folgende Aufgaben erfüllen:

1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes,
3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarzttätigkeit betreffen,
4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze.

(3) Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist ausgeschlossen.“

50. In § 81 Abs. 3 Nr. 2 wird die Angabe „§§ 136a und 136b Abs. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 137 Abs. 1 und 4“ ersetzt.

51. § 82 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

c) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 85a Abs. 2“ durch die Angabe „§ 85a Abs. 3“ ersetzt.

52. In § 83 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

53. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) In Satz 2 Nr. 2 werden nach dem Wort „Maßnahmen“ ein Komma und die Wörter „auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen“ eingefügt.

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamtlich festgelegte Ausgabenvolumen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit.“

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen.“

b) Dem Absatz 4a wird folgender Satz angefügt:

„Eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Absatz 7a findet für einen Vertragsarzt keine Anwendung, soweit er zu Lasten der Krankenkasse Arzneimittel verordnet, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht; das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 3 zu regeln.“

c) In Absatz 4b werden nach dem Wort „Krankenkassenverbände“ die Wörter „sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind“ eingefügt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind.“

bb) In Satz 4 werden die Wörter „erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

cc) In Satz 7 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Nr. 1“ gestrichen.

f) In Absatz 7a Satz 9 werden die Wörter „der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „die Prüfungsstelle“ und die Wörter „dem Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „der Prüfungsstelle“ ersetzt.

54. § 85 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 8 werden nach der Angabe „§ 13 Abs. 2“ die Wörter „und nach § 53 Abs. 4“ eingefügt und die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

b) In Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

c) In Absatz 3d wird Satz 2 aufgehoben.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der“ sowie die Wörter „erstmalig bis zum 30. April 2004“ gestrichen.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4a Satz 4 zur Verfügung. Satz 11 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

e) In Absatz 4a wird Satz 4 und 5 durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Bewertungsausschuss bestimmt Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 12.“

f) In Absatz 4c werden nach der Angabe „§ 13 Abs. 2“ die Wörter „und nach § 53 Abs. 4“ eingefügt.

55. Die §§ 85a und 85b werden wie folgt gefasst:

„§ 85a
Regionale Euro-Gebührenordnung,
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung,
Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) Abweichend von § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2, § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 7 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3, erstmals bis zum 31. Oktober 2008, danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen.

(3) Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit den nach Absatz 2 vereinbarten Punktwerten in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind nach Maßgabe der Kriterien nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten. § 85 Abs. 2a gilt entsprechend. Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Satz 3 und 4 nach Maßgabe der Regelungen nach Absatz 7 mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist; Zahlungen nach Absatz 7 Satz 3 sind bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Versicherten nach Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zu Grunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln; weicht die bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Versicherten von der tatsächlichen Zahl der Versicherten im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 2 sind auf die nach Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen. Bei der erstmalig bis zum 31. Oktober 2008 zu treffenden Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 wird der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf für jede Krankenkasse wie folgt bestimmt: Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 zu multiplizieren. Die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich aus der Hochrechnung der den Vertragsparteien gemäß Absatz 6 Satz 5 vorliegenden Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2008; § 87 Abs. 2g Satz 6 gilt entsprechend. Fehlschätzungen nach Satz 10 und 11 sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung des Folgejahres zu berichtigen. Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 5 getroffenen Regelungen sind zu beachten.

(4) Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 beruhen,
3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und

4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach Absatz 5 zu berücksichtigen.

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren

1. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nr. 1,
2. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4,
3. zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4 und
4. zur Berechnung der erstmaligen Leistungsmenge nach Absatz 3 Satz 9 bis 11.

Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 1 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 sowie die tatsächlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Falls erforderlich können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Die Beschlüsse nach Satz 1 Nr. 1 bis 3 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2009, der Beschluss nach Satz 1 Nr. 4 ist bis zum 31. August 2008 zu treffen.

(6) Die für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenverarbeitung an die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien; sie können für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen Daten auch eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen. Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der Datenübermittlung bestimmt der Bewertungsausschuss erstmals bis zum 31. März 2009. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbände der Krankenkassen sind in diesem Umfang befugt, versichertenbezogene Daten zu erheben und zu wenden. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr erforderlich sind. Abweichend von Satz 1 bis 3 übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen für die Hochrechnung nach Absatz 3 Satz 11 die vorliegenden Daten über die erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen des ersten Halbjahres 2008 bis zum 1. September 2008.

(7) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmalig bis zum 31. Oktober 2008 Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den betroffenen Krankenkassen. Die Regelungen müssen sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 erhält. Für den Fall, dass die Preise der in der Leistungserbringer-KV geltenden Gebührenordnung von den Preisen der in der Wohnort-KV geltenden Gebührenordnung abweichen, sind in den Regelungen nach Satz 1 Regelungen für einen Zahlungsausgleich zwischen der Wohnort-KV und der Krankenkasse, für die für die Versorgung des Versicherten eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Absatz 3 vereinbart wurde, vorzusehen.

§ 85b
Vergütung des einzelnen Arztes
(arztbezogene Regelleistungsvolumina)

(1) Abweichend von § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 und § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 85a Abs. 2) vergütet. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen nach Absatz 1 ist die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Leistungsmenge, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 85a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt geltenden Preisen zu vergüten ist. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes ist die das arztbezogene Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4 Satz 2 zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4 Satz 2 abgewichen werden. Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Für den Fall, dass es im Zeitablauf wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität gemäß § 85a Abs. 3 Satz 4 zu Nachzahlungen der Krankenkassen kommt, sind die arztbezogenen Regelleistungsvolumina zeitnah entsprechend anzupassen.

(3) Die Werte für die arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zu Grunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 85a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 85a Abs. 7,
3. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte und angestellten Ärzte,
4. die Zahl und die Morbiditätsstruktur der von dem Arzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten sowie Praxisbesonderheiten,
5. die durchschnittliche Zahl und Morbiditätsstruktur der in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten je Arzt der jeweiligen Arztgruppe,
6. der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder die bezogen auf den angestellten Arzt vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist (Tätigkeitsumfang),
7. der voraussichtliche Umfang der nach Absatz 2 Satz 2 abgestaffelt zu vergütenden Leistungsmengen,
8. die auf der Grundlage von Zeitwerten für die ärztlichen Leistungen nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zu bestimmende Kapazitätsgrenze je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes

zu berücksichtigen. Die Morbidität der von dem Arzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen, die Praxisbesonderheiten sollen mit Hilfe der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 bestimmt werden. Die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen sind zu berücksichtigen. Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der abgestaffelt zu vergütenden Leistungen nach Satz 2 Nr. 7 sind zu berichtigen; die Gesamtvergütung nach § 85a Abs. 3 bleibt unberührt.

(4) Der Bewertungsausschuss bestimmt, erstmalig bis zum 31. August 2008, das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 und 3. Er bestimmt darüber hinaus die Kriterien zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 2 sowie Kriterien zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben nach Satz 6 und zur Bildung von Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 7. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 31. Oktober 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Satz 4 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest. Die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an den einzelnen Vertragsarzt und ermächtigten Arzt einschließlich der Mitteilung der für ihn jeweils geltenden regionalen Preise obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben, bleiben unberührt. Die Kassenärztliche Vereinigung darf zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten Rückstellungen bilden.

(5) Die Krankenkassen übermitteln den in Absatz 4 Satz 3 genannten Parteien die für die Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina erforderlichen Daten, auch versichertenbezogen, nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Parteien nach Absatz 4 Satz 3 können eine Arbeitsgemeinschaft für die Erhebung und Verwendung der für Zwecke der Berechnung nach Satz 1 erforderlichen Daten beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss bestimmt Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der Daten nach Satz 1 erstmals bis zum 31. August 2008.

(6) Kann ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen dem Vertragsarzt oder dem ermächtigten Arzt nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige dem Arzt zugewiesene Regelleistungsvolumen vorläufig fort. Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen höheren arztbezogenen Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen.“

56. § 86 wird aufgehoben.

57. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 87
Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswerte“.

b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

c) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.“

bb) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungs-

zentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen insgesamt so festzulegen, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); dabei ist die Anzahl der in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte angemessen zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Bestimmung der Abstaffelungsregelungen nach Satz 3 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; dabei ist Satz 2 zweiter Halbsatz auch bei der Bestimmung der Abstaffelungsregelung zu berücksichtigen.“

e) Die Absätze 2a bis 2d werden wie folgt gefasst:

„(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen.

(2b) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind als Versichertenpauschalen abzubilden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Die Pauschalen nach Satz 1 können nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.

(2c) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden; Einzelleistungen können nur vorgesehen werden, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt. Abweichend von Satz 3 wird die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet. Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen.

(2d) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass der Leistungsinhalt der in den Absätzen 2b und 2c genannten Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Absatz 2c Satz 5 die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bundesmantelverträgen beschlossenen Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen sowie an die Einhaltung der gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringende Dokumentationsverpflichtungen geknüpft werden. Zudem sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt oder es sind Regelungen zu Kürzungen der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums vorzusehen. Die Regelungen nach den Absätzen 2b bis 2c sowie nach diesem Absatz sind erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2007 zu treffen.

f) Nach Absatz 2d werden folgende Absätze 2e bis 2h eingefügt:

„(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. im Regelfall,

2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie

3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1

festzulegen. Der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 2 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so überschreiten und der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 3 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so unterschreiten, dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten; die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und 3 können dazu auch nach Versorgungsgraden differenziert werden. Die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und 3 sind in ihrer Höhe so festzulegen, dass das zusätzliche Finanzvolumen, das zur Zahlung der Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 erforderlich ist, insgesamt durch Einsparungen finanziert werden, die sich aus der Zahlung der Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 ergeben. Die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 3 sind übergangsweise danach zu differenzieren, ob sie zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von Ärzten, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle) oder von Ärzten, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle), angewendet werden, mit dem Ziel einer möglichst zeitnahen Angleichung der Orientierungswerte für Alt- und Neufälle. Der Bewertungsausschuss bestimmt die Fälle, in denen die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 und 3 zwingend anzuwenden sind sowie ihren Anwendungszeitraum.

(2f) Der Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 85a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Absatz 2e Satz 1 abgewichen werden kann. Der Bewertungsausschuss kann die zur Festlegung der Indikatoren erforderlichen Datenerhebungen und -auswertungen gemäß Absatz 3f Satz 3 durchführen; soweit möglich hat er bei der Festlegung der Indikatoren amtliche Indikatoren zugrunde zu legen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur dienen insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der regionalen Fallzahlentwicklung von der bundesdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung messen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur dienen insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der für die Arztpraxen maßgeblichen regionalen Investitions- und Betriebskosten von den entsprechenden bundesdurchschnittlichen Kosten messen. Liegen zur Ermittlung der Indikatoren nach Satz 4 keine amtlichen Indikatoren vor und ist es dem Bewertungsausschuss bis zur erstmaligen Festlegung dieser Indikatoren nicht möglich, die zur Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten, soll der Bewertungsausschuss die Indikatoren nach Satz 4 mit Hilfe von amtlichen Indikatoren ermitteln, die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen.

(2g) Die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte nach Absatz 2e sowie der Indikatoren nach Absatz 2f erfolgt für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008. Dabei sind die Orientierungswerte für die Krankenkassen insgesamt so festzulegen, dass bundesweit insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung der Versicherten ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Zur Umsetzung von Satz 2 ist der Orientierungswert nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des für das Jahr 2008 von den Krankenkassen bundesweit insgesamt zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen aufzuwendenden Finanzvolumens in Euro durch die für das Jahr 2008 bundesweit insgesamt anzusetzende Leistungsmenge zu ermitteln. Das Finanzvolumen nach Satz 3 ergibt sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 vereinbarten Gesamtvergütungen. Die Leistungsmenge nach Satz 3 ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss nach Absatz 3f Satz 7 übermittelten Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2008. Bei der Hochrechnung sind unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen.

(2h) In den Folgejahren sind bei der Festlegung der Orientierungswerte nach Absatz 2e insbesondere

1. die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung,

2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,

3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese noch nicht durch die Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist, sowie

4. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte gemäß Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3

zu berücksichtigen. Bei der Festlegung des Orientierungswertes nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2010 hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Fehlschätzungen bei der Ermittlung der Leistungsmenge nach Absatz 2g Satz 5 und 6 zu berücksichtigen.“

g) Der bisherige Absatz 2d wird Absatz 2i.

h) In Absatz 3 Satz 1 werden die Angabe „sieben“ durch die Angabe „drei“ und die Wörter „je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Wörter „drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

i) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 3a bis 3g eingefügt:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen. Er legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich jeweils zum 31. Dezember einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorjahr vor; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts bestimmen. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände der Krankenkassen gründen bis zum 30. April 2007 ein Institut, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt. Das Institut bereitet die Beschlüsse gemäß § 85 Abs. 4a, § 85a Abs. 5, 6 und 7, § 85b Abs. 4 und 5 sowie § 87 und die Analysen und Berichte gemäß § 87 Abs. 3a, 7 und 8 vor. Wird das Institut bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise gegründet, kann das Bundesministerium für Gesundheit einen oder mehrere der in Satz 1 genannten Verbände zur Errichtung des Instituts verpflichten oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder das Institut aufgelöst wird. Abweichend von Satz 1 können die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen.

(3c) Die Finanzierung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b erfolgt durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung nach § 85 oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 85a zu finanzieren. Das Nähere bestimmt der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3e Satz 1 Nr. 3.

(3d) Über die Ausstattung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut oder den beauftragten Dritten entscheidet der Bewertungsausschuss; Absatz 6 gilt entsprechend. Die innere Organisation ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird.

(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die Vorbereitung der Beschlüsse durch das Institut oder den beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts oder des beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Vorbereitung der Beschlüsse trifft, sowie
3. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

Die Verfahrensordnung, die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3f) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen erfassen jeweils nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach diesem Gesetz erforderlichen Daten arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form. Die Daten nach Satz 1 werden jeweils von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an ihren Spitzenverband übermittelt, die diese Daten jeweils zusammenführen und dem Institut oder dem beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b übermitteln. Soweit erforderlich hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Erhebungen und Auswertungen nicht personenbezogener Daten durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigengutachten einzuholen. Für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach Satz 2 und 3 kann der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen; für die Finanzierung der Datenstelle gelten Absatz 3c und 3e entsprechend. Personenbezogene Daten nach Satz 1 sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. Das Verfahren der Pseudonymisierung nach Satz 1 ist vom Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen. Für die Hochrechnung nach Absatz 2c Satz 5 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss bis zum 1. August 2008 die vorliegenden Daten über die erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen des ersten Halbjahres 2008.

(3g) Die Regelungen der Absätze 3a bis 3f gelten nicht für den für zahnärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss.“

j) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „vier“ durch die Angabe „zwei“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „werden zwei Mitglieder“ durch die Wörter „wird ein Mitglied“

sowie die Wörter „gemeinsam von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

k) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 1 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte nach Absatz 3b dem zuständigen erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

l) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse, des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b sowie der von diesen jeweils gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen; ihm sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse zusammen mit den den Beschlüssen zugrunde liegenden Beratungsunterlagen und den für die Beschlüsse jeweils entscheidungserheblichen Gründen vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden; es kann im Rahmen der Prüfung eines Beschlusses vom Bewertungsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen dazu anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist unterbrochen. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen festsetzen; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte gemäß Absatz 3b dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Die mit den Maßnahmen nach Satz 4 verbundenen Kosten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit. Abweichend von Satz 4 kann das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist die Vereinbarung fest; Satz 1 bis 6 gilt entsprechend.“

m) Folgende Absätze 7 und 8 werden angefügt:

„(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.

(8) Der Bewertungsausschuss evaluiert die Umsetzung von § 85a Abs. 6 und § 85b Abs. 5 in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit insbesondere unter Einbeziehung der Möglichkeit von Verfahren der Pseudonymisierung und berichtet hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2010. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet auf dieser Grundlage dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2010.“

57a. In § 87a wird die Angabe „§ 87 Abs. 2d Satz 2“ durch die Angabe „§ 87 Abs. 2i Satz 2“ ersetzt.

58. § 88 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

59. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „genannten“ die Wörter „Krankenkassen und“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „§ 213 Abs. 2“ die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung“ eingefügt und die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „und

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

d) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „§ 83 und § 85“ durch die Angabe „§§ 83, 85 und 85a“ ersetzt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

60. § 90 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Wort „bilden“ die Wörter „sowie die Ersatzkassen“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

cc) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Landesverbände“ die Wörter „sowie die Ersatzkassen“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „sowie den Ersatzkassen“ eingefügt.

cc) In Satz 5 werden vor dem Wort „bestellt“ die Wörter „sowie den Ersatzkassen“ eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Vereinigungen“ das Wort „einerseits“ und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „sowie die Ersatzkassen andererseits“ eingefügt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „, der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

61. Dem § 91 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Für die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 1. Januar 2008 kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der ab diesem Zeitpunkt vorgesehenen hauptamtlichen Mitglieder im neu gestalteten Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme.“

62. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 92
Richtlinien des Gemeinsamen
Bundesausschusses“.

b) In Absatz 1 Satz 2 werden nach Nummer 12 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern 13 und 14 angefügt:

„13. Qualitätssicherung,

14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“

c) In Absatz 1a Satz 5 werden die Wörter „und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter“ ersetzt.

d) In Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Apothekenabgabepreis“ die Wörter „unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Abs. 1 und 3b“ eingefügt.

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten.“

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

f) In Absatz 7 Satz 1 werden in Nummer 1 das Wort „und“ durch ein Komma und nach Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„3. die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.“

g) Nach Absatz 7a wird folgender Absatz 7b eingefügt:

„(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

63. § 94 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Er“ durch das Wort „Es“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Bundesanzeiger“ werden die Wörter „und deren tragende Gründe im Internet“ eingefügt.

bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Die Bekanntmachung der Richtlinien muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.“

64. § 96 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 und 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 werden jeweils die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

65. § 97 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

66. In § 99 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 werden jeweils die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

67. § 100 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige“ gestrichen.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Absatz 1 Satz 2 und Abs. 2 gelten nicht für Zahnärzte.“

68. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 werden nach dem Wort „mitzurechnen“ das Semikolon durch ein Komma ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

bb) In Nummer 5 werden nach dem Wort „mitzurechnen“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatzes 1 Nr. 4“ durch die Angabe „Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 1 Nr. 4“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 erster Halbsatz wird jeweils die Angabe „§ 101 Abs. 2“ durch die Angabe „Absatzes 2“ ersetzt.

d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 und Absatz 3 gelten nicht für Zahnärzte.“

69. Dem § 103 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht für Zahnärzte.“

70. Dem § 104 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Zahnärzte.“

71. § 105 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

b) In Absatz 4 wird Satz 3 aufgehoben.

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und Absatz 4 gelten nur für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

72. § 106 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1a werden die Wörter „der in Absatz 4 genannte Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „die in Absatz 4 genannte Prüfungsstelle“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

bb) In Satz 5 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Halbsätze angefügt:

„sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird; kann eine

Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.“

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Auffälligkeitsprüfungen nach Satz 1 Nr. 1 sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden; die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands nach Absatz 5a muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung nach Satz 1 Nr. 1. Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge. Insbesondere sollen bei Prüfungen nach Satz 1 auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind.“

c) In Absatz 2b Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

d) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Geschäftsstellen“ durch das Wort „Prüfungsstellen“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.“

e) In Absatz 3 Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter „der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „einen gemeinsamen Prüfungs-“ durch die Wörter „eine gemeinsame Prüfungsstelle“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Die Ausschüsse bestehen jeweils“ durch die Wörter „Der Beschwerdeausschuss besteht“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „Sitz der Ausschüsse“ durch die Wörter „Sitz des Beschwerdeausschusses“ ersetzt sowie die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

dd) In Satz 6 werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „und den Verbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen“ ersetzt, das Wort „jeweiligen“ gestrichen und die Wörter „Sitz der Ausschüsse“ durch die Wörter „Sitz des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

g) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.“

bb) In Satz 2 wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

cc) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird.“

dd) Satz 5 wird aufgehoben.

ee) Im neuen Satz 5 werden nach dem Wort „Einigung“ die Wörter „nach Satz 2 und 3 eingefügt“.

ff) Im neuen Satz 6 werden das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ sowie die Wörter „legt diese dem Prüfungsausschuss verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vor“ durch die Wörter „entscheidet gemäß Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.

gg) Im neuen Satz 7 werden die Wörter „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstelle“ durch die Wörter „Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

hh) Im neuen Satz 8 werden die Wörter „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen“ durch die Wörter „Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse“ ersetzt.

h) Absatz 4c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „von Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen“ durch die Wörter „einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

cc) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „die für den Bereich mehrerer Länder tätigen Ausschüsse oder Stellen nach Absatz 4a“ durch die Wörter „eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss“ ersetzt.

i) Absatz 4d wird aufgehoben.

j) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „Die Prüfungsstelle“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Prüfungsausschüsse“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 3 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichpflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt.“

k) Absatz 5a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „den Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „Der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „Die Prüfungsstelle“ und das Wort „seinen“ durch das Wort „ihren“ ersetzt.

dd) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Prüfungsstelle beschließt unter Beachtung der Vereinbarung nach Absatz 3 die Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Kosten für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in den Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 84 Abs. 6 vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden; der Arzt ist hierüber zu informieren. Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes, auch durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen der entsprechenden Fachgruppe. Sie kann diese aus einer Stichprobe nach Absatz 2c Satz 2 ermitteln. Der Prüfungsstelle sind die hierfür erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 der entsprechenden Fachgruppe zu übermitteln.“

l) In Absatz 5c Satz 1 werden die Wörter „Der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „Die Prüfungsstelle“ sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalierte Beträge abzuziehen.“

m) Absatz 5d wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 kann als individuelle Richtgröße nach Satz 1 vereinbart werden, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind.“

n) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Geschäftstellen nach den Absätzen 4 und 4a“ durch die Wörter „Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse“ durch die Wörter „Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse“ ersetzt.

73. § 106a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

bb) Im neuen Satz 7 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „sowie die Ersatzkassen“ eingefügt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

c) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

74. § 109 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

75. In § 110 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

76. § 111 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 und 3 werden jeweils die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

77. In § 111a Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

78. § 111b wird aufgehoben.

79. § 112 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

80. In § 113 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

81. § 114 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Verbänden“ gestrichen.

82. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

83. § 115a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

84. § 115b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und 3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit“ gestrichen.

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 137 zu berücksichtigen.“

85. § 116b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Der Teilsatz vor Nummer 1 wird durch folgenden Teilsatz ersetzt:

„Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:“.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „als Mindestanforderungen die Anforderungen nach § 135“ durch die Wörter „die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung“ ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 4 wird der erste Halbsatz wie folgt gefasst:

„In den Richtlinien sind zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln;“.

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „auf Grund eines Vertrages“ gestrichen.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm nach Absatz 3 und 4 ambulant erbringbaren Leistungen mit und bezeichnet die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 87). Die Vergütung der in den Jahren 2007 und 2008 erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt in den einzelnen Quartalen nach Maßgabe des durchschnittlichen Punktwertes, der sich aus den letzten vorliegenden Quartalsabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ergibt. Der Punktwert nach Satz 4 wird aus den im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung geltenden kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwerten je Quartal, jeweils gewichtet mit den auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abgerechneten Punktzahlvolumina, berechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen regelmäßig acht Wochen nach Quartalsbeginn, erstmals bis zum 31. Mai 2007, den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 4 gemeinsam und einheitlich fest. Erfolgt die Feststellung des durchschnittlichen Punktwertes bis zu diesem Zeitpunkt nicht, stellt die für

die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde den Punktwert fest. Ab dem 1. Januar 2009 werden die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis für den Regelfall der in ihrer Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 85a Abs. 2 Satz 6) vergütet.“

86. In § 117 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

87. In § 118 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

88. In § 120 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

89. § 123 wird aufgehoben.

90. § 124 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die am 31. Dezember 2007 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als von den Ersatzkassen gemäß Absatz 5 erteilte Zulassungen weiter. Absatz 6 gilt entsprechend.“

91. § 125 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für den Fall, dass die Fortbildung gegenüber dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, sind in den Verträgen nach Satz 1 Vergütungsabschläge vorzusehen.“

92. § 126 wird wie folgt gefasst:

„§ 126
Versorgung durch Vertragspartner

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt.

(3) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend.“

93. § 127 wird wie folgt gefasst:

„§ 127
Verträge

(1) Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.

(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.

(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und § 33 Abs. 6 Satz 3 gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.“

94. § 128 wird aufgehoben.

95. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „maßgeblicher“ ein Komma und die Wörter „höchst zulässiger“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „preisgünstigeres“ gestrichen.

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Dabei ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht, soweit hierzu in Verträgen nach Absatz 5 nichts anderes vereinbart ist. Besteht keine entsprechende Vereinbarung nach § 130a Abs. 8, hat die Apotheke die Ersetzung durch ein preisgünstigeres Arzneimittel nach Maßgabe des Rahmenvertrags vorzunehmen.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „Die Krankenkassen oder ihre Verbände“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die Apotheke kann nach Satz 1 vereinbarte Preise unterschreiten. Dies gilt auch für Rezepturarzneimittel, deren Preise auf Grund von Vorschriften des Arzneimittelgesetzes als Höchstpreise vereinbart sind. Die Versorgung mit Arzneimitteln, die von Ärzten in der Arztpraxis während der Behandlung angewendet werden, kann von der Krankenkasse ausschließlich durch Verträge mit einzelnen Apotheken, für Arzneimittel, die direkt von anderen Stellen bezogen werden können, auch mit diesen Stellen sichergestellt werden; dabei können auch die Preise vereinbart werden. In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen.“

d) In Absatz 5a wird nach der Angabe „300“ das Wort „höchstens“ eingefügt.

e) Nach Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:

„(5c) Apotheken können bei der Abgabe von Arzneimitteln auf die Erhebung von Beträgen von Versicherten nach § 31 Abs. 2 und 3 teilweise verzichten. Die Abrechnung mit der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt.“

f) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

g) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

96. § 130 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „maßgeblichen“ ein Komma und die Wörter „höchstens zulässigen“ eingefügt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die Apotheke kann bei der Abrechnung von Fertigarzneimitteln mit der Krankenkasse auf die Berechung von Handelszuschlägen, die durch die Preisvorschriften auf Grund des Arzneimittelgesetzes oder dieses Buches bestimmt sind, teilweise verzichten. Der Abschlag nach Satz 1 erster Halbsatz ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 von den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Abs. 2 so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Bei der Anpassung im Jahre 2009 soll der Abschlag einmalig entsprechend erhöht werden, wenn durch Vereinbarungen nach § 129 sowie nach § 130a Abs. 8 nicht eine Einsparung von mindestens 500 Mio. Euro in den ersten zwölf Monaten nach dem (… Datum des Inkrafttretens) erreicht worden ist.“

97. § 130a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Unternehmen“ durch das Wort „Unternehmer“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreises“ durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

bb) In Satz 2 und 3 wird jeweils das Wort „Unternehmen“ durch das Wort „Unternehmer“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreises“ durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreis“ durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“.

e) In Absatz 3b Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort „Herstellerabgabepreises“ durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

f) In Absatz 5 Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort „Unternehmen“ durch das Wort „Unternehmern“ ersetzt.

g) In Absatz 6 Satz 1, 3 und 4 wird jeweils das Wort „Unternehmen“ durch das Wort „Unternehmer“ ersetzt.

h) In Absatz 7 Satz 2 wird das Wort „Unternehmen“ durch das Wort „Unternehmern“ ersetzt.

i) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 und 3 wird jeweils das Wort „Unternehmen“ durch das Wort „Unternehmern“ ersetzt.

bb) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

„Hat die Krankenkasse keine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen, kann die Apotheke die Vereinbarung treffen und hat dies der Krankenkasse mitzuteilen. Vereinbarte Rabatte sind an die Krankenkasse weiterzuleiten abzüglich eines Betrags in Höhe von 15 vom Hundert des Rabattbetrags, höchstens jedoch von 15 Euro je Packung, soweit mit der Krankenkasse nichts anderes vereinbart ist. Vereinbarungen, die nach diesem Absatz getroffen werden, sind auf Grund einer Ausschreibung abzuschließen.“

98. § 131 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

99. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Die Absatzbezeichnung „(2)“ wird gestrichen.

100. § 132b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Absatzbezeichnung „(1)“ und die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

101. § 132c wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

102. Nach § 132c wird folgender § 132d eingefügt:

„§ 132d
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

fest.“

103. § 133 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 und 5 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Krankenkassen erhalten von den Leistungserbringern einen Abschlag in Höhe von 3 vom Hundert auf die vertraglich vereinbarten Vergütungen. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes oder anderer Krankentransporte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, reduziert sich die Leistungspflicht der Krankenkassen zur Übernahme der Kosten entsprechend. Satz 2 gilt nicht für die Fälle, in denen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht nach Absatz 2 beschränkt haben.“

104. § 134a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Hebammen“ die Wörter „und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen“ und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen“ eingefügt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Berufsverband“ jeweils durch das Wort „Verband“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Hebammen“ die Wörter „sowie die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen“ eingefügt.

105. § 135 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „auf Antrag“ die Wörter „eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1,“ eingefügt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

„Hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einem Verfahren zur Bewertung einer neuen Untersu-

chungs- und Behandlungsmethode nach Ablauf von sechs Monaten seit Vorliegen der für die Entscheidung erforderlichen Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse noch keinen Beschluss gefasst, können die Antragsberechtigten nach Satz 1 sowie das Bundesministerium für Gesundheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Beschlussfassung innerhalb eines Zeitraums von weiteren sechs Monaten verlangen. Kommt innerhalb dieser Frist kein Beschluss zu Stande, darf die Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.“

106. § 135a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „136a, 136b,“ wird gestrichen.

b) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Qualitätssicherung“ die Wörter „unter Beachtung der Anforderungen nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ eingefügt.

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.“

107. § 136 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter „dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu beachten.“ angefügt.

b) Satz 3 wird aufgehoben.

108. § 136a wird aufgehoben.

109. § 136b wird aufgehoben.

110. § 137 wird wie folgt gefasst:

„§ 137
Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und

2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen.

Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser auch Beschlüsse über

1. Inhalt und Umfang der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten der Fachärzte sowie das Verfahren zum Nachweis ihrer Erfüllung,

2. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,

3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und

4. Inhalt, Umfang und Datenformat eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.

Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Satz 1 Nr. 2 bestimmen, bei denen die Anwendung von Satz 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte; sie entscheidet auf Antrag des Krankenhauses bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung von Satz 2. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 4 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach Nummer 1 bis 4 zu beteiligen. Die Beschlüsse sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten.

Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Richtlinien nach Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.“

111. Nach § 137 wird folgender § 137a eingefügt:

„§ 137a
Umsetzung der Qualitätssicherung
und Darstellung der Qualität

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in Satz 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.

(2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen sowie
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.

(3) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 2 sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.

(4) Für die Erfüllung der Aufgaben erhält die Institution vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine leistungsbezogene Vergütung. Die Institution kann auch im Auftrag anderer Institutionen gegen Kostenbeteiligung Aufgaben nach Absatz 2 wahrnehmen.“

112. In § 137c Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „eines Spitzenverbandes der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

113. § 137d wird wie folgt gefasst:

„§ 137d
Qualitätssicherung bei der ambulanten
und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 oder § 111a und für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1. Die

Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtungen oder Fachabteilungen. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 20 des Neunten Buches.

(2) Für stationäre Vorsorgeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 und für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorgeeinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2. Dabei sind die gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches zu berücksichtigen und in ihren Grundzügen zu übernehmen. Die Kostentragungspflicht nach Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Bundesverbänden der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen durchführen, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2.

(4) Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. Bei Vereinbarungen nach Absatz 1 und 2 ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

114. § 137f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 werden nach dem Wort „Qualitätssicherungsmaßnahmen“ die Wörter „unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ eingefügt.

b) In Absatz 5 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „hierzu gehört auch, dass die in Satz 2 genannten Aufträge auch von diesen Verbänden erteilt werden können, soweit hierdurch bundes- oder landeseinheitliche Vorgaben umgesetzt werden sollen.“ angefügt.

115. § 137g wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Krankenkasse“ durch die Wörter „oder mehrerer Krankenkassen“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

116. § 139 wird wie folgt gefasst:

„§ 139
Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, können im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festgelegt werden. Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen. Im Hilfsmittelverzeichnis können auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen geregelt werden.

(3) Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers. Über die Aufnahme entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich; sie können vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind.

(4) Das Hilfsmittel ist aufzunehmen, wenn der Hersteller die Funktionstauglichkeit und Sicherheit, die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 und, soweit erforderlich, den medizinischen Nutzen nachgewiesen hat und es mit den für eine ordnungsgemäße und sichere Handhabung erforderlichen Informationen in deutscher Sprache versehen ist.

(5) Für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 des Medizinproduktegesetzes gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit und der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vergewissern sich von der formalen Rechtmäßigkeit der CE-Kennzeichnung anhand der Konformitätserklärung und, soweit zutreffend, der Zertifikate der an der Konformitätsbewertung beteiligten benannten Stelle. Aus begründetem Anlass können zusätzliche Prüfungen vorgenommen und hierfür erforderliche Nachweise verlangt werden. Prüfungen nach Satz 3 können nach erfolgter Aufnahme des Produkts auch auf der Grundlage von Stichproben vorgenommen werden. Ergeben sich bei den Prüfungen nach Satz 2 bis 4 Hinweise darauf, dass Vorschriften des Medizinprodukterechts nicht beachtet sind, sind unbeschadet sonstiger Konsequenzen die danach zuständigen Behörden hierüber zu informieren.

(6) Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, ist ihm eine angemessene Frist, die insgesamt sechs Monate nicht übersteigen darf, zur Nachreichung fehlender Unterlagen einzuräumen. Wenn nach Ablauf der Frist die für die Entscheidung

über den Antrag erforderlichen Unterlagen nicht vollständig vorliegen, ist der Antrag abzulehnen. Ansonsten entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Über die Entscheidung ist ein Bescheid zu erteilen. Die Aufnahme ist zu widerrufen, wenn die Anforderungen nach Absatz 4 nicht mehr erfüllt sind.

(7) Das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6. Sie können dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird, sofern Prüfzertifikate geeigneter Institutionen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(8) Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Die Fortschreibung umfasst die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2, die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Produkten, deren Aufnahme zurückgenommen oder nach Absatz 6 Satz 5 widerrufen wurde. Vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

117. § 139a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Nutzens“ die Wörter „und der Kosten“ eingefügt.

bb) In Nummer 6 wird der Punkt gestrichen und folgende Wörter angefügt:

„sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Das Institut hat zu gewährleisten, dass es seine Aufgaben auf Basis international üblicher und akzeptierter Standards der evidenzbasierten Medizin erfüllt. Es hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten.“

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Institut hat in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, den Arzneimittelherstellern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

118. § 139c wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

119. § 140a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.“

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 erfolgen.“

120. § 140b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage § 92b des Elften Buches,“.

bb) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenhäuser sind unabhängig von Satz 3 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt.“

121. § 140d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Mittel der Anschubfinanzierung dürfen nur für Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglichen, verwendet werden. Satz 2 und 3 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen.“

bb) Im bisherigen Satz 5 werden die Wörter „sowie an die einzelnen Krankenhäuser“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Risikostruktur“ und der zweite Halbsatz gestrichen und nach dem Wort „bereinigen“ ein Komma und die Wörter „soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert“ eingefügt.

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

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

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

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

122. § 140f wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „von dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „nach § 91 Abs. 4 bis 7“ durch die Angabe „nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b, 137c und 137f“ ersetzt.

b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 126 Abs. 2“ wird durch die Angabe „§ 126 Abs. 1 Satz 3“, die Angabe „§ 128“ durch die Angabe „§ 139“ und die Angabe „§§ 132a und 132b Abs. 2“ durch die Angabe „§§ 132a, 132b Abs. 2 und § 132d Abs. 2“ ersetzt.

bb) Die Wörter „der Spitzenverbände“ werden durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

123. § 144 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ortskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch dann vereinigen, wenn sich der Bezirk der neuen Krankenkasse nach der Vereinigung über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Satzung“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Organe“ ein Komma und die Wörter „ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen“ eingefügt.

124. § 155 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Bundesverband über“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Betriebskrankenkassen verteilt“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „hat der Landesverband der Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen“ durch die Wörter „sind die Gläubiger anteilmäßig zu befriedigen; für die verbleibenden Verpflichtungen gelten die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung entsprechend“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „hat der Landesverband die Verpflichtungen zu erfüllen“ durch die Wörter „gelten die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung entsprechend“ ersetzt.

cc) Satz 5 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Für eine am 1. Januar 2008 nach § 222 bestehende Verschuldung einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haften auch die übrigen Betriebskrankenkassen. Satz 1 gilt entsprechend für

1. die sonstigen Kosten der Auflösung oder Schließung, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von zehn Jahren nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung nach Satz 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt war,
2. die Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung sowie
3. Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts.

Hat sich eine Betriebskrankenkasse nach dem 1. Januar 2008 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt und gehört die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart an, geht die Haftung nach Satz 1 und 2 auf die neue Krankenkasse über. Die Haftung nach Satz 1 und 2 wird nicht dadurch berührt, dass sich die aufgelöste oder geschlossene Betriebskrankenkasse nach dem 1. Januar 2008 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt hat und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Die Erfüllung der in den Sätzen 1 und 2 genannten Verpflichtungen kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der für jede Betriebskrankenkasse die Höhe der am 1. Januar

2008 bestehenden Verschuldung feststellt, ihre Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse vornimmt und die zur Tilgung der Verschuldung nach Satz 1 und zur Deckung der Kosten nach Satz 2 erforderlichen Beträge anfordert. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend, wenn über das Vermögen einer Betriebskrankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt worden ist.“

125. § 164 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 3 und 5“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „hat der Landesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen“ durch die Wörter „sind die Gläubiger anteilmäßig zu befriedigen; für die verbleibenden Verpflichtungen gelten die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung entsprechend“ ersetzt.

cc) Satz 5 wird aufgehoben.

dd) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4“ ersetzt.

ee) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5“ ersetzt.

ff) Der bisherige Satz 8 wird aufgehoben.

b) In Absatz 5 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und § 155 Abs. 5“ eingefügt.

126. § 165 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Bezirk der See-Krankenkasse erstreckt sich auf das Bundesgebiet.“

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit die See-Berufsgenossenschaft Verwaltungsausgaben der See-Krankenkasse trägt, sind diese von der See-Krankenkasse zu erstatten.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die See-Krankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Schließung gilt § 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass nach der Abwicklung der Geschäfte verbleibendes Vermögen auf die Bundesrepublik Deutschland übergeht.“

127. In § 167 werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Buches durch.“

128. In § 168a Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „oder eines Spitzenverbandes der Ersatzkassen“ gestrichen.

129. § 171 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 3 und 5“ ersetzt.

b) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Reicht das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, gelten für die verbleibenden Verpflichtungen die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung entsprechend.“

130. Nach § 171 wird folgender § 171a eingefügt:

„§ 171a
Kassenartenübergreifende Vereinigung
von Krankenkassen

(1) Die im Ersten bis Vierten und diesem Titel dieses Abschnitts genannten Krankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte mit den in diesen Titeln genannten Krankenkassen anderer Kassenarten vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen ist, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll. Soll danach die neue Krankenkasse Mitglied des Verbands werden, dem die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der kleinsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung angehört hat, kann dieser die Mitgliedschaft der neuen Krankenkasse gegenüber den Aufsichtsbehörden nach Satz 2 ablehnen, wenn hierdurch seine finanziellen Grundlagen gefährdet würden.

(2) Die neue Krankenkasse hat für die Dauer von drei Jahren nach dem Wirksamwerden der Vereinigung Zahlungsverpflichtungen auf Grund der Haftung nach Schließung einer Krankenkasse oder der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a gegenüber den Verbänden zu erfüllen, denen gegenüber die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ohne die Vereinigung zahlungspflichtig geworden wären. § 155 Abs. 5 gilt. Die für die Ermittlung der Zahlungsverpflichtung maßgeblichen Größen sind auf die neue Krankenkasse unter Zugrundelegung des Verhältnisses anzuwenden, in dem diese Größen bei den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zueinander gestanden haben. Die neue Krankenkasse hat den betroffenen Verbänden die für die Ermittlung der Höhe des Zahlungsanspruchs erforderlichen Angaben mitzuteilen. Handelt es sich bei der neuen Krankenkasse um eine Betriebs- oder Ersatzkasse, gilt bei Schließung dieser Krankenkasse § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend.“

131. Nach § 171a wird folgender § 171b eingefügt:

„§ 171b
Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen

§ 12 Abs. 1 Nr. 2 der Insolvenzordnung findet auf Krankenkassen keine Anwendung.“

132. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt
Wahlrechte der Mitglieder“

und im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird die Überschrift

„Erster Titel
Wahlrechte der Mitglieder“

aufgehoben.

133. § 173 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In der Nummer 4 werden nach dem Wort „vorsieht“ die Wörter „und die entsprechende Satzungsregelung bis zum 1. Januar 2009 genehmigt worden ist“ eingefügt.

bb) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

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

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

„(2a) § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, gilt nicht für Personen, die nach dem 31. März 2007 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.“

134. § 174 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder der Rechtsnachfolgerin der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.“

135. § 175 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit“ durch die Wörter „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Mitgliedsbescheinigung“ die Wörter „oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ eingefügt.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

cc) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 hinzuweisen.“

dd) Im bisherigen Satz 6 werden nach dem Wort „sind“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und die Wörter „Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt,“ eingefügt.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.“

136. Im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird der Zweite Titel aufgehoben.

137. Dem § 186 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen er-

mäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.“

138. § 190 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 werden nach dem Wort „fort“ das Komma und die Wörter „es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt“ gestrichen.

b) Nach Absatz 12 wird folgender Absatz 13 angefügt:

„(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird. Dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches sind.“

139. § 191 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) Nummer 3 wird aufgehoben.

cc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

140. In § 194 Abs. 1 Nr. 4 werden die Wörter „Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge“ durch die Wörter „Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags nach § 242“ ersetzt.

141. In § 197a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ ersetzt durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“.

142. Nach § 197a wird folgender § 197b eingefügt:

„§ 197b
Aufgabenerledigung durch Dritte

Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Abs. 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“

143. In § 210 Abs. 2 werden die Wörter „von den Bundesverbänden“ durch die Wörter „von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt und die Angabe „§ 136a Satz 1 Nr. 1, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1“ gestrichen.

144. § 212 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände werden kraft Gesetzes zum 1. Januar 2009 in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts umgewandelt. Nach diesem Zeitpunkt steht es den Gesellschaftern frei, über den Fortbestand der Gesellschaft und die Gestaltung der Gesellschaftsverhältnisse zu entscheiden. Soweit sich aus den folgenden Vorschriften nichts anderes ergibt, finden die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Gesellschaft bürgerlichen Rechts Anwendung.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) In Absatz 3 werden die Wörter „eines Bundesverbandes und“ gestrichen.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Gesellschaften nach Absatz 1 sind Rechtsnachfolger der nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände. Zweck der Gesellschaft ist die Erfüllung ihrer sich nach § 214 ergebenden oder zusätzlich vertraglich vereinbarten Aufgaben. Bis zum Abschluss eines Gesellschaftsvertrages gelten die zur Erreichung des Gesellschaftszwecks erforderlichen Pflichte und Rechte als vereinbart. Das Betriebsverfassungsgesetz findet Anwendung.“

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „und ihre Verbände“ gestrichen.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Sofern nichts anderes bestimmt ist, haben die Ersatzkassen für sonstige Maßnahmen und Entscheidungen einen gemeinsamen Vertreter zu benennen. Können sich die Ersatzkassen nicht auf einen gemeinsamen Vertreter einigen, bestimmt die Aufsicht den Vertreter. Bei Auflösung des Vereins oder Austritt eines Mitglieds aus dem Verein haften die Vereinsmitglieder für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung zeitlich unbeschränkt.“

145. § 213 wird wie folgt gefasst:

„§ 213
Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse

(1) Das den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden zustehende Vermögen wandelt sich in Gesamthandsvermögen der Gesellschaften des bürgerlichen Rechts um. Für die Arbeitsverhältnisse findet § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend Anwendung. Für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt. Die bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden tätigen Angestellten, für die die Dienstordnung gilt, werden unter Wahrung ihrer Rechtsstellung und Fortgeltung der jeweiligen Dienstordnungen bei den Gesellschaften beschäftigt. § 164 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend. Angestellte, für die die Dienstordnung gilt, haben einen Anspruch auf Beschäftigung bei einem Landesverband ihrer Wahl;

der Landesverband muss zuvor Mitglied des Bundesverbandes nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gewesen sein, bei dem der Dienstordnungsangstellte beschäftigt war. Der Landesverband, der den Dienstordnungsangestellten beschäftigt hat, hat einen Ausgleichsanspruch gegen die übrigen Landesverbände. Für die Vergütungs- und Versorgungsansprüche haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt.

(2) Die in den Bundesverbänden bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Personalräte nehmen ab dem 1. Januar 2009 die Aufgaben eines Betriebsrats mit dessen Rechten und Pflichten nach dem Betriebsverfassungsgesetz übergangsweise wahr. Das Übergangsmandat endet, sobald ein Betriebsrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben ist; es besteht längstens bis zum 31. Mai 2010.

(3) Die in den Bundesverbänden am 31. Dezember 2008 jeweils bestehenden Dienstvereinbarungen gelten in den Gesellschaften des bürgerlichen Rechts als Betriebsvereinbarungen für längstens 24 Monate fort, soweit sie nicht durch andere Regelungen ersetzt werden.

(4) Auf die bis zum 31. Dezember 2008 förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren im Bereich der Bundesverbände finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Bundespersonalvertretungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Dies gilt auch für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Verwaltungsgerichten. In den Fällen der Sätze 1 und 2 tritt in diesen Verfahren an die Stelle der Personalvertretung die nach dem Betriebsverfassungsgesetz zuständige Arbeitnehmervertretung.

(5) Bei der Fusion von Landesverbänden wird die Gesellschaft mit dem Rechtsnachfolger des fusionierten Landesverbandes fortgeführt.“

146. § 214 wird wie folgt gefasst:

„§ 214
Aufgaben

Die Gesellschaft hat die Aufgabe, die Verpflichtungen auf Grund der Rechtsnachfolge oder aus Gesetz zu erfüllen. Die Gesellschafter können im Gesellschaftsvertrag weitere Aufgaben zur Unterstützung der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.“

147. Dem § 215 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Vorstandsverträge, die nach dem … (Zeitpunkt des Kabinettbeschlusses) abgeschlossen oder verlängert werden, enden spätestens zum 31. Dezember 2008. Entsprechend verkürzt sich die Amtszeit.“

148. Die §§ 216 und 217 werden aufgehoben.

149. Nach § 217 werden folgende §§ 217a bis 217f eingefügt:

„§ 217a
Errichtung des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

§ 217b
Organe

(1) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. Der Verwaltungsrat hat 32 Mitglieder. Ein Mitglied muss dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören. Der Verwaltungsrat ist je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. § 33 Abs. 3, § 37, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62 Abs. 1 bis 2, 4 bis 6, § 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 1 bis 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches und § 197 gelten entsprechend.

(2) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Abs. 1 bis 3, 6 und 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(3) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. Die Mitgliederversammlung wählt den Verwaltungsrat. In die Mitgliederversammlung entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat oder ihrer Vertreterversammlung. Eine Ersatzkasse entsendet jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat.

§ 217c
Wahl des Verwaltungsrates
und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

(1) Zu wählen sind als Mitglieder des Verwaltungsrates für

1. die Allgemeinen Ortskrankenkassen vier Versichertenvertreter und acht Arbeitgebervertreter,
2. die Ersatzkassen acht Versichertenvertreter,
3. die Betriebskrankenkassen zwei Versichertenvertreter und fünf Arbeitgebervertreter,
4. die Innungskrankenkassen einen Versichertenvertreter und zwei Arbeitgebervertreter,
5. die See-Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen gemeinsam einen Versichertenvertreter und einen Arbeitgebervertreter.

Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen. § 43 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Wahl des Verwaltungsrates wird nach Vorschlagslisten durchgeführt. Jede Kassenart soll eine Vorschlagsliste erstellen, die mindestens so viele Be-

werber enthält, wie ihr Sitze nach Absatz 1 zugeordnet sind. Entsprechendes gilt für die nach Absatz 1 Nr. 5 zu wählenden Mitglieder. Verständigt sich eine Kassenart nicht auf eine Vorschlagsliste, benennt jede Krankenkasse dieser Kassenart einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen Bewerber als Arbeitgebervertreter; die Ersatzkassen benennen jeweils bis zu drei Versichertenvertreter. Aus den eingereichten Einzelvorschlägen erstellt der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die kassenartbezogene Vorschlagsliste mit den Bewerbern. Entsprechendes gilt für die Erstellung der Vorschlagslisten mit den zu wählenden Stellvertretern. Die Vorschlagslisten werden getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils deren Stellvertreter erstellt. Die Wahl erfolgt jeweils getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, getrennt für deren Stellvertreter sowie getrennt nach Kassenarten. Die Versichertenvertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Versichertenvertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Die Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Bei den nach Satz 7 getrennten Wahlgängen hat ein wahlberechtigter Vertreter der Mitgliedskasse bei einem Wahlgang so viele Stimmen, wie jeweils Sitze nach Absatz 1 zur Verfügung stehen.

(3) Gewählt sind jeweils die Bewerber auf der Vorschlagsliste, die die höchste der nach Absatz 4 gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl erhalten (Höchstzahlen). Dabei sind so viele Bewerber mit den Höchstzahlen gewählt, wie Sitze je Kassenart nach Absatz 1 zu verteilen sind. Entsprechendes gilt für die Wahl der Stellvertreter.

(4) Bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates durch die Mitgliederversammlung sind die Stimmen der Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund zu gewichten. Die Gewichtung orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten eines Mitgliedes. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 des vorherigen Jahres. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen. Das Nähere regelt die Satzung.

(5) Die Mitgliederversammlung wählt aus ihren Reihen einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitgliedskassen. Für die Mitgliedskasse kann nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen. Das Bundesministerium für Gesundheit lädt die Mitglieder des Spitzenverbandes Bund zu der ersten konstituierenden Mitgliederversammlung ein und leitet in dieser ersten Sitzung die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. Zu den nachfolgenden Sitzungen der Mitgliederversammlung beruft der Vorsitzende ein. Er leitet die Wahl des Verwaltungsrates und stellt das Wahlergebnis fest. Das Nähere regelt die Satzung.

(6) Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung lädt den gewählten Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung ein und leitet die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

(7) Das Nähere zur Durchführung der Wahl des Verwaltungsrates und der Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowohl für die Wahl im Errichtungsstadium wie auch für die folgenden Wahlen nach Ablauf der jeweiligen Amtsperioden kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Wahlordnung regeln.

§ 217d
Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit, bei Ausführung des § 217f Abs. 3 der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Funktion als Verbindungsstelle nach § 219a wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt. § 208 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 217e
Satzung

(1) Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. den Sitz des Spitzenverbandes,
2. die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes,
3. die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates,
4. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
5. die Beurkundung der Beschlüsse des Verwaltungsrates,
6. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates,
7. das Nähere über die Entsendung der Vertreter der Mitgliedskassen in die Mitgliederversammlung, über die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie dessen Aufgaben,
8. die Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
9. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
10. die Art der Bekanntmachung.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten.

§ 217f
Aufgaben des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat ab dem 1. Januar 2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den Arbeitgebern.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§§ 23, 76 des Vierten Buches). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung von beauftragten Stellen nach § 28f Abs. 4 des Vierten Buches.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten.

(5) Die von den Landesverbänden, den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 31. Dezember 2007 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten solange fort, bis der Spitzenverband Bund im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.“

150. § 219a wird wie folgt gefasst:

„§ 219a
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (Verbindungsstelle) wahr. Er erfüllt dabei die ihm durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben. Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Informationen, Beratung und Aufklärung.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist Rechtsnachfolger der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (Verbindungsstelle) nach § 219a in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung. § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs findet entsprechend Anwendung.“

151. Die §§ 219b bis 219d werden aufgehoben.

152. § 220 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beiträge sind bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 1 so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 decken.

(2) Der Beitragssatz nach § 241 ist zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen einschließlich der für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 erforderlichen Mittel im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 vom Hundert decken. Der Beitragssatz ist zu ermäßigen, wenn eine Deckungsquote von 100 vom Hundert überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote von 95 vom Hundert im Laufe des Haushaltsjahres voraussichtlich nicht unterschritten wird.“

b) Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.

153. § 221 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „2004 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 2,5 Milliarden Euro, für das Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro und für das Jahr 2007 1,5 Milliarden Euro jeweils am 1. Mai und am 1. November zur Hälfte“ durch die Wörter „2008 1,5 Milliarden Euro in halbjährlich zum 1. Mai und zum 1. November zu überweisenden Teilbeträgen“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt“ ersetzt.

153a. In § 226 Abs. 4 Satz 4 werden die Wörter „des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. März des Vorjahres“ durch die Wörter „des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

154. Nach § 226 wird folgender § 227 eingefügt:

„§ 227
Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.“

155. In § 232a Abs. 1 Nr. 2 Satz 2, 3 und 4 werden die Wörter „der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Gesundheitsfonds“ und die Wörter „haben die Krankenkassen“ durch die Wörter „hat der Gesundheitsfonds“ und die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt sowie die Wörter „und dessen Verteilung an die Krankenkassen“ gestrichen.

156. § 239 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „durch die Satzung“ durch die Wörter „durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

157. § 240 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „durch die Satzung“ durch die Wörter „einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Satzung der Krankenkasse muss mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen“ durch die Wörter „Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Beitragsabstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig.“

cc) In Satz 3 wird die Angabe „243 Abs. 2,“ gestrichen.

c) Nach Absatz 4 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen.“

d) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

„(4a) Für freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 1 länger als drei Kalendermonate ruht, sind der Beitragsbemessung 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen. Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes.“

e) Absatz 5 wird aufgehoben.

158. Im Ersten Abschnitt des Achten Kapitels wird die Überschrift des Dritten Titels wie folgt gefasst:

„Dritter Titel
Beitragssätze, Zusatzbeitrag“.

159. § 241 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgende Absätze 2, 3 und 4 werden angefügt:

„(2) Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

(3) Über den beabsichtigten Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag so rechtzeitig, dass diesem die Möglichkeit zur Befassung mit der beabsichtigten Festsetzung oder Anpassung gegeben wird.

(4) Die Frist nach Absatz 3 gilt als erfüllt, wenn zwischen der Unterrichtung und der Beschlussfassung über die Verordnung nach Absatz 2 mindestens drei Wochen liegen.“

160. § 241a wird aufgehoben.

161. § 242 wird wie folgt gefasst:

„§ 242
Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Zusatzbeitrag ist auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von Satz 2 erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit

den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zu Stande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrages an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2011 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Überforderungsklausel nach Absatz 1 wiedergegeben werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichts, ob Änderungen der Vorschrift vorgenommen werden sollen.“

162. Dem § 243 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

„(3) Die Bundesregierung legt den ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest. Bei der Berechnung ist der voraussichtliche Anteil der Ausgaben für Krankengeld an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde zu legen.

(4) § 241 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.“

163. § 245 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar feststellt, sowie der zusätzliche Beitragssatz“ durch die Wörter „allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

164. § 246 wird wie folgt gefasst:

„§ 246
Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243.“

165. § 247 wird wie folgt gefasst:

„§ 247
Beitragssatz aus der Rente

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung.“

166. § 248 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „nach § 247 Abs. 1 geltende allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz“ durch die Wörter „allgemeine Beitragssatz“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „nach Satz 1 maßgeblichen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz“ durch die Wörter „des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ ersetzt.

c) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

167. In § 249 Abs. 1 wird nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ die Angabe „und Nr. 13“ eingefügt.

168. § 249a wird wie folgt gefasst:

„§ 249a
Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge.“

169. § 250 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

1. den Versorgungsbezügen,
2. dem Arbeitseinkommen,
3. den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Abs. 1,

sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 allein.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, die nicht über Arbeitsentgelt verfügen, tragen ihre Beiträge allein.“

170. § 251 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.“

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 trägt der Bund den Zusatzbeitrag für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II während der Dauer der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 5.“

171. § 252 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Der neue Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Beiträge“ werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242“ eingefügt.

bb) Der Punkt am Ende des Satzes wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„in den Fällen des § 251 Abs. 6 Satz 2 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder die zugelassenen kommunalen Träger auch den Zusatzbeitrag.“

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter.“

172. In § 254 Satz 2 werden die Wörter „Die Satzung der Krankenkasse“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

173. § 255 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach Satz 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilt dem Bundesversicherungsamt bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit.“

b) Die Absätze 3a und 4 werden aufgehoben.

174. § 257 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, vom Arbeitgeber zu tragen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages den sie bei der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes tatsächlich zu zahlen haben“ durch die Wörter „der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245)“ durch die Wörter „der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2008 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.“

d) Die Absätze 2b und 2c werden aufgehoben.

e) In Absatz 4 Satz 2 werden das Wort „durchschnittlichen“ und die Wörter „der Krankenkassen“ gestrichen.

175. § 261 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Beitragssatzerhöhungen“ durch die Wörter „Erhöhungen des Zusatzbeitrags nach § 242“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 2 wird das Wort „Beitragssatzerhöhung“ durch die Wörter „Erhöhung des Zusatzbeitrags nach § 242“ ersetzt.

176. § 264 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Asylbewerberleistungsgesetzes“ die Wörter „und von Empfängern von Leistungen nach § 40 Satz 1 des Achten Buches“ eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ eingefügt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „oder des Achten Buches“ und

bb) in Satz 2 und 3 werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ eingefügt.

d) In Absatz 7 Satz 1 und in Satz 3 werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ eingefügt.

177. Die Überschrift des Vierten Abschnitts im Achten Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt
Finanzausgleiche und Zuweisungen
aus dem Gesundheitsfonds“.

178. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 266
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
(Risikostrukturausgleich)“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271) zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270); die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst. Mit den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.

c) In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Grundpauschale und die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen.“

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

e) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „sowie Ausgaben, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach 137g entstehen und in der Rechtsverordnung nach Absatz 7, auch abweichend von Absatz 2 Satz 3, näher zu bestimmen sind,“ gestrichen.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „führt den Ausgleich durch“ durch die Wörter „ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft jeder Krankenkasse“ werden durch die Wörter „der Höhe der Zuweisung nach Absatz 2 Satz 1 jährlich“ ersetzt.

bbb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268 Abs. 1), und“.

ccc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“

ddd) Nummer 3 wird aufgehoben.

g) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Satz 2 Nr. 1 und 2 vorläufig fest. Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1, die zuletzt erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen und die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und je Morbiditätsgruppe nach § 268 zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und den zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 erhaltenen Zuweisungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisung für das Geschäftsjahr nach Satz 3 auszugleichen. Werden nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung.“

h) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Ermittlung“ die Wörter „der Höhe der Grundpauschale nach Absatz 1 Satz 1 und ihre Bekanntgabe an die Versicherten,“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 und“ und die Wörter „oder der beitragspflichtigen Einahmen“ gestrichen.

cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der sonstigen Ausga-

ben nach § 270, sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel zur Deckung dieser Ausgaben,“.

dd) In Nummer 4 werden die Wörter „einschließlich von Veränderungen des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes zum Abbau von Überschüssen oder Fehlbeträgen“ durch die Wörter „sowie die Durchführung des Zahlungsverkehrs einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ ersetzt.

ee) Die Nummern 9 und 10 werden aufgehoben.

ff) Nummer 11 wird Nummer 9.

i) Absatz 8 wird aufgehoben.

j) Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 266 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

179. § 267 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob

1. die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit für Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben oder

2. die Mitglieder keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder ob die Krankenkasse den Umfang der Leistungen auf Grund von Vorschriften dieses Buches beschränkt hat.“

bb) Satz 4 wird aufgehoben.“

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „den §§ 241 bis 243“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

d) In Absatz 4 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „deren Spitzenverbände“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

f) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere über

1. den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3 und

2. das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart

1. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 das Nähere über das Verfahren nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 und

2. mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 6.“

g) Absatz 8 wird aufgehoben.

h) In Absatz 9 Nr. 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der jeweils betroffenen Krankenkassen“ durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

i) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 267 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

180. § 268 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 266 Abs. 2 Satz 3“ wird durch die Angabe „§ 266 Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.

bb) Nach dem Wort „bilden“ wird das Wort „(Morbiditätsgruppen)“ eingefügt.

cc) Die Nummern 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und

5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen.“

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

181. § 269 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt fest“ ersetzt.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Risikopool wird letztmalig für das Geschäftsjahr durchgeführt, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 in Kraft tritt.“

d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Für die Durchführung des Risikopools für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 269 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

182. Nach § 269 werden folgende §§ 270 und 271 eingefügt:

„§ 270
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung

a) ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 mit Ausnahme der Leistungen nach § 53 Abs. 5,

b) ihrer standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 näher zu bestimmen sind sowie

c) ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben.

§ 266 Abs. 5 Satz 1 und 3, Abs. 6 und 9 gilt entsprechend.

(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 erheben die Krankenkassen nicht versichertenbezogen jährlich die Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und die Verwaltungsausgaben. § 267 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 271
Gesundheitsfonds

(1) Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die eingehenden Beträge aus:

1. den von den Einzugsstellen nach § 28k Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches und nach § 252 Abs. 2 Satz 3 eingezogenen Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung,

2. den Beiträgen aus Rentenzahlungen nach § 255,

3. den Beiträgen nach § 28k Abs. 2 des Vierten Buches,

4. der Beitragszahlung nach § 252 Abs. 2 und

5. den Bundesmitteln nach § 221.

(2) Der Gesundheitsfonds hat eine Liquiditätsreserve aufzubauen, aus der unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und bei der Festsetzung des einheitlichen Betrages nach § 266 Abs. 2 nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle zu decken sind. Das Nähere über Höhe und Aufbau der Liquiditätsreserve wird in der Rechtsverordnung nach § 241 Abs. 1 festgelegt.

(3) Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Abweichend von Satz 2 sind Darlehen, die vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 an den Gesundheitsfonds ausgezahlt wurden, spätestens zum 31. Dezember 2010 zurückzuzahlen.

(4) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(5) Die Mittel des Gesundheitsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 269 und 270 genannten Zweck verfügbar sind.

(6) Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.“

183. Nach § 271 wird folgender § 272 eingefügt:

„§ 272
Übergangsregelungen zur Einführung
des Gesundheitsfonds

(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Be- und Entlastungen auf Grund der Einführungen des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchsten 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 des § 272 gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zu berücksichtigen.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, 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 dem Land, bei dem die höchste Überschreitung festgestellt worden ist, im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte in den übrigen Ländern sind in dem Verhältnis zu verändern, in dem der Überschreitungsbetrag nach Satz 1 zu dem nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag steht. In den Folgejahren nach 2009 ist das Ergebnis der rechnerischen Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools nach Absatz 1 Sätze 2 und 3 länderbezogen um jährlich jeweils 100 Millionen Euro zu erhöhen.

(3) Die Regelungen des Absatzes 1 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, in dem erstmalig in keinem Bundesland eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrages festgestellt wurde.

(4) Das Nähere über die Datenerhebung zur Umsetzung der Vorgaben des Absatzes 1 sowie die Festlegung von Abschlagszahlungen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt. Dies gilt auch für die Festlegung der Vorgaben für ein von der Bundesregierung in Auftrag zu gebendes Gutachten. In diesem sind bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die Auswirkungen nach Absatz 1 zu quantifizieren.“

184. § 274 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ und die Wörter „Ausschüsse und der Geschäftsstelle“ durch die Wörter „Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Bundesrechnungshof prüft die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften.“

185. § 275 wird wie folgt geändert:

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

„(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten.“

b) Absatz 2 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem ersten Halbsatz werden nach dem Wort „Behandlungsplans“ die Wörter „in Stichproben“ und nach dem Wort „und“ das Wort „regelmäßig“ eingefügt.

bb) In dem zweiten Halbsatz werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann“ ersetzt.

c) In Absatz 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen.“

d) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Dienst“ die Wörter „oder andere Gutachterdienste“ eingefügt.

186. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.

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

„(2a) Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst nach § 275 Abs. 4 zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Abs. 4 auszuwerten; die versichertenbezogenen Sozialdaten sind vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst oder den anderen Gutachterdienst zu anonymisieren. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

c) Der bisherige Absatz 2a wird Absatz 2b.

187. In § 278 Abs. 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

188. In § 280 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 werden die Wörter „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282)“ durch die Wörter „Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Abs. 2“ ersetzt.

189. § 281 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 bis 3a erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen nach § 278 Abs. 1 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbe-

reich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen.“

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen.“

c) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 70 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 70 Abs. 5“ ersetzt.

190. § 282 wird wie folgt gefasst:

„§ 282
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet zum 1. Januar 2008 einen Medizinischen Dienst auf Bundesebene (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). Dieser ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in medizinischen und organisatorischen Fragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im Übrigen kann er Empfehlungen abgeben. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.“

191. § 284 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 12 wird die Angabe „85d“ durch die Angabe „85c“ ersetzt.

b) In Nummer 13 werden nach dem Wort „Modellvorhaben,“ die Wörter „die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4,“ eingefügt.

192. In § 285 Abs. 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 106a“ durch die Angabe „Absatz 1 Nr. 2, 5, 6 sowie den §§ 106a und 305“ ersetzt.

193. In § 290 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat“ ersetzt.

194. § 291 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahltarifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen enthalten.“

bb) In dem bisherigen Satz 3 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Das Nähere über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Abs. 1.“

c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „können die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ sowie das Wort „vereinbaren“ durch das Wort „bestimmen“ ersetzt.

195. § 291a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie Absatz 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung.“

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie

2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen.“

cc) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Januar 2008 an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen.“

dd) Der bisherige Satz 5 wird Satz 7 und wird wie folgt gefasst:

„Die Kosten der Sätze 4 und 5 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 9.“

c) Absatz 7a wird wie folgt gefasst:

„(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder das Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.“

d) Absatz 7b wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 2 und 3 werden jeweils die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) Satz 6 wird aufgehoben.

e) Absatz 7c wird aufgehoben.

f) Absatz 7d Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 sowie Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene.“

g) Absatz 7e wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 7 Satz 4 Nr. 3“ durch die Angabe „Absatz 7 Satz 4 Nr. 2“ und die Angabe „§ 7a Satz 6“ durch die Angabe „§ 7a Satz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

cc) In Satz 7 wird die Angabe „Absatz 7 Satz 4 Nr. 3“ durch die Angabe „Absatz 7 Satz 4 Nr. 2“ ersetzt.

196. § 291b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a bis 1c eingefügt:

„(1a) Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur werden von der Gesellschaft für Telematik zugelassen. Die Zulassung wird erteilt, wenn die Komponenten und Dienste funktionsfähig, interoperabel und sicher sind. Die Gesellschaft für Telematik prüft die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität auf der Grundlage der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien. Die Prüfung der Sicherheit erfolgt nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik. Das Nähere zum Zulassungsverfahren und zu den Prüfkriterien wird von der Gesellschaft für Telematik beschlossen. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den zugelassenen Komponenten und Diensten.

(1b) Betriebsleistungen sind auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik zu beschließenden Rahmenbedingungen zu erbringen. Zur Durchführung des operativen Betriebs der Komponenten, Dienste und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur hat die Gesellschaft für Telematik oder, soweit einzelne Gesellschafter oder Dritte

nach Absatz 1 Satz 4 erster Halbsatz beauftragt worden sind, haben die Beauftragten Aufträge zu vergeben. Bei der Vergabe dieser Aufträge sind abhängig vom Auftragswert die Vorschriften über die Vergabe öffentlicher Aufträge: der Vierte Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sowie, die Vergabeverordnung und § 22 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung sowie der Abschnitt 1 des Teils A der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) anzuwenden. Für die freihändige Vergabe von Leistungen gemäß § 3 Nr. 4 Buchstabe p der Verdingungsordnung für Leistungen – Teil A (VOL/A) werden die Ausführungsbestimmungen vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt und im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht. Abweichend von den Sätzen 2 bis 4 sind ab dem 1. Januar 2009 Anbieter zur Durchführung des operativen Betriebs der Komponenten, Dienste und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur von der Gesellschaft für Telematik oder, soweit einzelne Gesellschafter oder Dritte nach Absatz 1 Satz 4 erster Halbsatz beauftragt worden sind, von den Beauftragten in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren zuzulassen, wenn

1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste gemäß Absatz 1a zugelassen sind,
2. der Anbieter oder die Anbieterin den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet ist und
3. der Anbieter oder die Anbieterin sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.

Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können die Anzahl der Zulassungen beschränken, soweit dies zur Gewährleistung von Interoperabilität, Kompatibilität und des notwendigen Sicherheitsniveaus erforderlich ist. Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen veröffentlichen

1. die fachlichen und sachlichen Voraussetzungen, die für den Nachweis nach Satz 5 Nr. 2 erfüllt sein müssen sowie
2. eine Liste mit den zugelassenen Anbietern.

(1c) Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können für die Zulassungen der Absätze 1a und 1b Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) In Nummer 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Datenschutz“ die Wörter „und die Informationsfreiheit“ eingefügt.

c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik nach Satz 1 gilt § 291a Abs. 7 Satz 5 bis 7 entsprechend.“

d) Satz 3 wird aufgehoben.

e) In Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „Datenschutz“ die Wörter „und die Informationsfreiheit“ eingefügt.

197. § 293 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Sozialversicherung“ wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „Bundesagentur für Arbeit“ werden die Wörter „und den Versorgungsverwaltungen der Länder“ eingefügt.

bb) Es wird folgender Satz angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit und die Versorgungsverwaltungen der Länder bilden für die Vergabe der Kennzeichen nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der anderen Träger der Sozialversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit“ durch die Wörter „Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ sowie die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) In Satz 7 werden die Wörter „Die Spitzenverbände stellen ihren“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen“ sowie die Wörter „dürfen die Spitzenverbände“ durch die Wörter „darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenverbände stellen ihren“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen“ sowie die Wörter „dürfen die Spitzen-

verbände“ durch die Wörter „darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

dd) In Satz 6 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

198. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)“ durch die Wörter „zur Versorgung nach § 73b oder § 73c“ und die Wörter „die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben“ durch die Wörter „die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

b) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 wird das Wort „Diagnosen“ durch die Wörter „den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5“ ersetzt.

c) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter „zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)“ durch die Wörter „zur Versorgung nach § 73b oder § 73c“ und die Wörter „die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben“ durch die Wörter „die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen“ ersetzt.

d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren als Bestandteil der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1“ durch die Wörter „Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge“ ersetzt.

199. § 296 wird wie folgt geändert:

a) In den Absätzen 1 und 2 wird jeweils das Wort „Geschäftsstellen“ durch das Wort „Prüfungsstellen“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

c) Im Absatz 4 wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

200. In § 297 Abs. 1 bis 3 Satz 1 wird jeweils das Wort „Geschäftsstellen“ durch das Wort „Prüfungsstellen“ ersetzt.

201. Nach § 298 wird folgender § 299 eingefügt:

„§ 299
Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung
für Zwecke der Qualitätssicherung

(1) Werden für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Sozialdaten von Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt, so haben die Richtlinien und Beschlüsse nach § 137 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Vereinbarungen nach § 137d sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten durch eine unabhängige Stelle erfolgt und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.

Abweichend von Satz 1 Nr. 1 können die Richtlinien und Vereinbarungen auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dieses aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist. Die zu erhebenden Daten sowie der Umfang und die Auswahl der Stichprobe sind in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Satz 1 festzulegen und von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den übrigen Leistungserbringern zu erheben und zu übermitteln. Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinaus geht.

(2) Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer angewendet. Es ist in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. Abweichend von Satz 1 hat die Pseudonymisierung bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 2 durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu erfolgen.

(3) Zur Auswertung der für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 erhobenen Daten bestimmen in den Fällen des § 137 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 der Gemeinsame Bundesausschuss und im Fall des § 137d die Vereinbarungspartner eine unabhängige Stelle. Diese darf Auswertungen nur für Qualitätssicherungsverfahren mit zuvor in den Richtlinien oder Vereinbarungen festgelegten Auswertungszielen durchführen. Daten, die für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 für ein Qualitätssicherungsverfahren verarbeitet werden, dürfen nicht mit für andere Zwecke als die Qualitätssicherung erhobe-

nen Datenbeständen zusammengeführt und ausgewertet werden.“

202. In § 300 Abs. 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

203. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

204. In § 302 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen in gemeinsam erstellten“ durch die Wörter „bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in“ ersetzt.

205. In § 303a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

206. In § 303e Abs. 3 wird das Wort „Spitzenverbände“ durch das Wort „Bundesverbände“ ersetzt.

207. In § 303f Abs. 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen,“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,“ ersetzt.

208. § 305 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter „regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „und Bezugsquellen“ eingefügt.

209. Dem § 305a werden folgende Sätze angefügt:

„Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer größeren Region insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen zu verarbeiten; eine Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren.“

210. § 313 wird aufgehoben.

211. § 313a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „ab 2001“ die Angabe „bis zum Ausgleichsjahr 2007“ eingefügt.

b) Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

212. Folgendes Kapitel wird angefügt:

„Dreizehntes Kapitel
Übergangsvorschriften

§ 314
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

§ 257 Abs. 2a und Abs. 2b in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung gilt für Verträge zum Standardtarif fort, die vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurden. Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 in der vor dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, können auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif umgestellt werden.“

Artikel 2

Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

01. In § 6 Abs. 1 Nr. 1 werden die Wörter „dies gilt nicht für Seeleute;“ gestrichen.

1. In § 20c Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt“ ersetzt.

2. In § 20d Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam“ durch die Wörter „schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam“ ersetzt.

3. In § 31 Abs. 2a Satz 1 werden die Wörter „setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2“ durch die Wörter „setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

4. § 36 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

5. In § 37b Abs. 3 wird die Angabe „nach § 91 Abs. 4“ gestrichen.

6. § 39a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

7. In § 73b Abs. 2 wird die Angabe „und 1c“ gestrichen.

8. In § 73d Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

9. In § 82 Abs. 3 werden die Wörter „den Verbänden der Ersatzkassen für“ gestrichen, das Wort „bundesunmittelbare“ durch das Wort „bundesunmittelbaren“ und die Wörter „dem Bundesverband der“ durch das Wort „den“ ersetzt.

10. In § 85 Abs. 4 Satz 12 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

11. § 85a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Verbänden der Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Verbänden der Krankenkassen“ die Wörter „und den Ersatzkassen“ eingefügt.

12. In § 85b Abs. 4 Satz 3 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

13. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3b wird wie folgt gefasst:

„(3b) Der Bewertungsausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von einem Institut unterstützt, das die Beschlüsse gemäß § 85 Abs. 4a, § 85a Abs. 5, 6 und 7, § 85b Abs. 4 und 5 sowie § 87 und die Analysen und Berichte gemäß § 87 Abs. 3a, 7 und 8 vorbereitet. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ist das Institut am 1. Januar 2008 nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise errichtet, kann das Bundesministerium für Gesundheit einen der in Satz 2 genannten Verbände zur Errichtung verpflichten oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder wenn es aufgelöst wird. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen.“

b) In Absatz 3f Satz 2 werden die Wörter „ihren Spitzenverband“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

c) In Absatz 6 Satz 6 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

14. § 91 wird wie folgt gefasst:

„§ 91
Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten und drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sollen sich die Träger nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Trägern. Die von den Verbänden benannten Mitglieder des Beschlussgremiums mit Ausnahme der Unparteiischen üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Sie stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss und sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig. Die Einsetzung der hauptamtlichen Mitglieder erfolgt durch den Vorsitzenden.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder im Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Träger nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche

sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,

2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Stellvertretung im Beschlussgremium und zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, trifft. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 3 Satz 7 bleibt unberührt.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich.

(8) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(9) Die Träger bestellen den Vorsitzenden des Beschlussgremiums bis zum 31. Januar 2008. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 31. März 2008 abzuschließen. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des Beschlussgremiums in der Besetzung der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Regelungen.“

14a. § 115b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 werden jeweils die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

15. In § 116b Abs. 5 Satz 6 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

16. In § 125 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „Verbände“ durch das Wort „Landesverbände“ ersetzt.

17. In § 126 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt“ ersetzt.

18. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Verbände“ durch das Wort „Landesverbände“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Verbände“ durch das Wort „Landesverbände“ ersetzt.

19. In § 130a Abs. 6 Satz 3 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund“ ersetzt.

20. In § 132d Abs. 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt“ ersetzt.

21. In § 133 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Verbände“ durch das Wort „Landesverbände“ ersetzt.

22. § 134a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt“ ersetzt und die Wörter „ , erstmalig bis zum 30. November 2006 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007,“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

23. In § 135 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „eines Spitzenverbandes der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

24. In § 137d Abs. 1 bis 3 werden jeweils die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

25. § 137f wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu beteiligen.“

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Die Verbände der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

26. § 139 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Über die Aufnahme entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; er kann vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind.“

c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vergewissern“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergewissert“ ersetzt.

d) In Absatz 6 Satz 3 werden die Wörter „entscheiden die Spitzenverbände“ durch die Wörter „entscheidet der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „regeln die Spitzenverbände“ durch die Wörter „regelt der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

bb) In Satz 2 die Wörter „Sie können“ durch die Wörter „Er kann“ ersetzt.

27. In § 140d Abs. 5 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

28. § 215 wird aufgehoben.

29. § 221 wird wie folgt gefasst:

„§ 221
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2009 3 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes.“

29a. § 241 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes sollen jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt werden. Der Beitragssatz ist jeweils auf eine Dezimalstelle aufzurunden. Wenn der Beitragssatz durch Rechtsverordnung zum 1. eines Monats in Kraft treten soll, hat die Festlegung spätestens zum 1. des vorvergangenen Monats zu erfolgen. Die Anpassung des Beitragssatzes erfolgt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates.“

29b. § 243 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.

b) Folgender Absatz 1 wird eingefügt:

„(1) Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4a.“

c) Die Absätze 3 und 4 werden Absatz 2 und 3.

d) Im neuen Absatz 3 wird die Angabe „§ 241 Abs. 3 und 4“ durch die Angabe „§ 241 Abs. 2 bis 4“ ersetzt.

29c. § 249 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 13 trägt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge. Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b.“

30. In § 267 Abs. 6 werden die Sätze 2 bis 8 wie folgt gefasst:

„Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich bis zum 31. Dezember auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1 die Information, welche Versicherten eine Rente wegen Erwerbsminderung oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach Satz 2 auf die Deutsche Post AG übertragen; die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die Deutsche Post AG. § 119 Abs. 6 Satz 1 des Sechsten Buches gilt. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 3 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1, sobald sie ihre Aufgaben nach diesem Absatz durchgeführt haben. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 2 sind zu löschen, sobald der Risikostrukturausgleich nach § 266 durchgeführt und abgeschlossen ist.“

31. § 313a wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 45 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des Ge-

setzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

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

Artikel 4

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 207a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch … (BGBl. I S. …), geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 241 des Fünften Buches),“.

Artikel 5

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 § 23 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Kranken- und Pflegekasse“ durch die Wörter „Krankenkasse und den Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

1a. In § 24 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Abweichend zu Absatz 1 haben freiwillig Versicherte und Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches für Beiträge und Beitragsvorschüsse, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von fünf vom Hundert des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen.“

2. In § 28b Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

3. § 28f Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Arbeitgeber statt bei einer Einzugsstelle bei einer Weiterleitungsstelle (beauftragten Stelle)

1. die Meldungen nach § 28a erstatten,
2. die Gesamtsozialversicherungsbeiträge nach § 28d zahlen,
3. die Betragsnachweise nach § 28f

einreichen kann. Weiterleitungsstelle können Krankenkassen sowie Verbünde, Arbeitsgemeinschaften oder Verbände von Krankenkassen sein. Der Arbeitgeber hat einen entsprechenden Antrag an die beauftragte Stelle zu richten. Die beauftragte Stelle hat die zuständigen Einzugsstellen davon zu unterrichten. Die beauftragte Stelle hat die Gesamtsozialversicherungsbeiträge arbeitstäglich unmittelbar an die in § 28k genannten Stellen zu überweisen. Die Beitragsnachweise und Meldungen sind an die zuständige Einzugsstelle mit einer Übersicht der gezahlten Beiträge unverzüglich weiterzuleiten. Die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung, der Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und das Bundesversicherungsamt, soweit es die Verwaltung des Gesundheitsfonds betrifft, können den Beitragnachweis sowie den Eingang, die Verwaltung und die Weiterleitung der Beiträge bei der beauftragten Stelle prüfen. § 28q Abs. 2 und 3 sowie § 28r Abs. 1 und 2 gelten entsprechend.“

4. § 28k wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „weiter“ ein Semikolon und folgender Halbsatz eingefügt:

„dies gilt entsprechend für die Weiterleitung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „zu Gunsten des Risikostrukturausgleichs an die Deutsche Rentenversicherung Bund“ durch die Wörter „an den Gesundheitsfonds“ ersetzt.

5. § 28l wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die gemeinsam und einheitlich handeln müssen, dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund“ ersetzt und das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt und nach dem Wort „einzelnen“ die Wörter „Spitzenverbände der“ gestrichen.

bb) Satz 4 wird gestrichen.

6. In § 28n Nr. 3 werden nach dem Wort „Rentenversicherung“ die Wörter „, den Gesundheitsfonds“ eingefügt.

7. In § 28q Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

8. In § 44 Abs. 1 Nr. 3 werden nach dem Wort „Versicherten“ folgende Wörter eingefügt:

„; dies gilt nicht nach Fusionen mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart oder bei der Gründung neuer Institutionen.“

9. In § 69 Abs. 5 wird das Wort „Rentenversicherung“ durch die Wörter „Kranken- und Rentenversicherung“ ersetzt.

10. § 117 Abs. 1wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „50 Prozent“ die Wörter „und ab dem 1. April 2007 zu 100 Prozent“ eingefügt.
    b) Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. § 106 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Anwendung des“ die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ eingefügt und die Wörter „ihrer Krankenkasse“ durch die Wörter „der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.
        bb) Satz 2 wird aufgehoben.
    b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 werden die Wörter „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen“ durch die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.
        bb) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.
2. In § 154 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 werden die Wörter „um den durchschnittlichen“ durch die Wörter „um den allgemeinen“ ersetzt.
3. § 163 Abs. 10 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

    „Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz eines Kalenderjahres ergibt sich aus der Summe der zum 1. Januar desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung und des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Artikel 7

Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. § 20 wird wie folgt geändert:
    a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

        „Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2a zu beteiligen.“
    b) Nach Absatz 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

        „(2a) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“
2. Dem § 21 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

    „Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nur dann als geeignet anzusehen, wenn sie nach § 20 Abs. 2 Satz 2 zertifiziert sind.“

Artikel 8

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
    a) Nach § 33 wird folgende Angabe eingefügt:

        „§ 33a Leistungsausschluss“.
    b) Nach § 43a werden die Angaben

        „Fünfter Titel
        Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

        § 43b Finanzierungszuständigkeit“

        gestrichen.
    c) Nach § 92a werden folgende Angaben eingefügt:

        „Fünfter Abschnitt
        Beteiligung der Pflegeversicherung
        an der integrierten Versorgung

        § 92b Integrierte Versorgung“.
2. § 8 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann“ ersetzt.
    b) In Satz 6 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt“ ersetzt und die Wörter „; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend“ gestrichen.
    c) In Satz 9 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.
3. In § 10 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen“

durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

4. Dem § 15 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.“

5. § 17 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.“

b) In Satz 2 werden die Wörter „Sie haben“ durch die Wörter „Er hat“ ersetzt.

c) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.“

6. In § 20 Abs. 1 Satz 2 wird in Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 12 angefügt:

„12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.“

7. Nach § 33 wird folgender § 33a eingefügt:

„§ 33a
Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Pflegekasse in ihrer Satzung.“

8. In § 36 Abs. 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.“

9. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

10. Dem § 40 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

11. In § 41 Abs. 2 werden die Wörter „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ gestrichen.

12. In § 42 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ gestrichen.

13. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1 023 Euro je Kalendermonat,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1 279 Euro je Kalendermonat,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1 432 Euro je Kalendermonat,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1 688 Euro je Kalendermonat.

Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15 339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15 339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ gestrichen.

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

14. Nach § 43a wird der Fünfte Titel aufgehoben.

15. In § 44 Abs. 3 Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

16. In § 45 Abs. 3 werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen,“ gestrichen.

17. In § 45a Abs. 2 Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

18. § 45c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt“ ersetzt.

c) In Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

19. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung.“

bb) In Satz 4 wird vor dem Wort „Kosten“ das Wort „umlagefinanzierten“ eingefügt.

20. In § 47 Abs. 1 wird Nummer 3 aufgehoben und die bisherigen Nummern 4 bis 9 werden die Nummern 3 bis 8.

21. In § 47a Satz 2 werden die Wörter „den Landesverbänden der Pflegekassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen“ durch die Wörter „ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

22. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.“

b) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

23. § 52 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „die Ersatzkassen“ ersetzt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Soweit in diesem Buch die Landesverbände der Pflegekassen Aufgaben wahrnehmen, handeln die in Absatz 1 aufgeführten Stellen.“

24. § 53 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr. Die §§ 217b, 217d und 217f des Fünften Buches gelten entsprechend.“

25. In § 53a Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt“ ersetzt und die Wörter „gemeinsam und einheitlich“ gestrichen.

26. In § 55 Abs. 3 Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt“ ersetzt.

27. § 57 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§§ 226 und 228 bis 238“ durch die Angabe „§§ 226 bis 238“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „nach § 245 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen“ durch die Wörter „nach § 241 des Fünften Buches festgelegten allgemeinen Beitragssatz“ ersetzt.

28. In § 58 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 20 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 12“ ersetzt.

29. In § 59 Abs. 1 Satz 1 werden die Angabe „§ 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 11“ durch die Angabe „§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis 12“ und die Angabe „§ 250 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 250 Abs. 1 und 3“ ersetzt.

30. § 60 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Die § 252 Satz 2, §§ 253 bis 256“ durch die Angabe „§ 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Beiträge sind an die Krankenkassen zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat.“

31. § 65 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. den vom Gesundheitsfonds überwiesenen Beiträgen der Versicherten.“

32. In § 66 Abs. 1 Satz 4 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Pflegekassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

33. In § 75 Abs. 6 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischen

Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

34. § 78 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen. Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2. Sie erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 4 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung, Wartung und Kontrolle. Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 wird Absatz 4.

35. In § 80 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

36. § 81 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend“ durch die Wörter „erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei Entscheidungen nach dem Siebten Kapitel, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen hat, stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in entsprechender Anwendung von Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 neun und den Vertretern der Träger der Sozialhilfe zwei Stimmen zu. Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.“

37. § 82 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst bei stationärer Pflege auch die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.“

38. § 84 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.“

39. § 92a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 1 werden die Wörter „den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder den Landesverbänden der Pflegekassen“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „der Spitzenverbund Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

c) In Absatz 6 werden die Wörter „Die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen“ ersetzt.

40. Nach § 92a wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt
Beteiligung der Pflegeversicherung
an der integrierten Versorgung

§ 92b
Integrierte Versorgung

(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zur Durchführung der integrierten Versorgung erforderlich sind. In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). § 140b Abs. 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.

(3) § 140a Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gelten für die Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse und für die Teilnahme der Pflegeversicherten an den integrierten Versorgungsformen entsprechend.“

41. In § 94 Abs. 1 Nr. 6a werden nach der Angabe „(§ 89)“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „(§ 80a)“ die Wörter „sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ eingefügt.

42. In § 104 Abs. 1 Nr. 2a werden nach der Angabe „(§ 89)“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „(§ 80a)“ die Wörter „sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ eingefügt.

43. In § 105 Abs. 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der Pflegekassen“durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

44. In § 113 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen“ durch die Wörter „von den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

45. § 118 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 werden die Wörter „durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „durch die Landesverbände der Pflegekassen oder den Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ und die Wörter „des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ und die Wörter „der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zum 31. Dezember 2009, danach in Abständen von drei Jahren, berichten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Fortführung ihrer bisherigen Berichtspflicht gegenüber dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung.“

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ und die Wörter „den Spitzenverbänden der Pflegekassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 9

Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 8 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt mit Wirkung für seine Mitglieder“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Sie erstellen“ durch die Wörter „Er erstellt“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 32 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), das zuletzt durch … (BGBl. I S. …) geändert wurde, wird wie folgt gefasst:

„§ 32

Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllen. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzu-

wenden. Bei Pflichtversicherten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, die die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen; die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 19 Abs. 5 schriftlich zu unterrichten. Die Anforderung der Krankenkasse nach Satz 4 hat einen Nachweis darüber zu enthalten, dass eine zweckentsprechende Verwendung der Leistungen für Beiträge durch den Leistungsberechtigten nicht gesichert ist.

(2) Für freiwillig Versicherte im Sinne des § 9 des Fünften Buches können Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllt werden. Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(3) Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches.

(4) Soweit nach den Absätzen 1 und 2 Krankenversicherungsbeiträge oder Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung übernommen.“

Artikel 11

Änderung der Reichsversicherungsordnung

In § 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) geändert worden ist, wird die Angabe „§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 7 Satz 2 und Abs. 8 und § 127 Abs. 4“ ersetzt.

Artikel 12

Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ durch die Angabe „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.
2. § 16 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
   a) Satz 2 wird aufgehoben.
   b) Nach dem bisherigen Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

   „Hat der Versicherte einen Tarif nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt, so hat er den sich daraus ergebenden Betrag an die Krankenkasse zu zahlen.“

Artikel 13

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

§ 30 Abs. 8 Satz 1 Nr. 2 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch … vom … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Renten wegen Alters, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte um den Vomhundertsatz gemindert werden, der für die Bemessung des Beitrags der sozialen Pflegeversicherung (§ 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) gilt, und um die Hälfte des Vomhundertsatzes des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch); die zum 1. Januar festgestellten Beitragssätze gelten insoweit jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres,“.

Artikel 14

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 23 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung für Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, wird die Angabe „§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 8“ ersetzt.

Artikel 15

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

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

1. § 1 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

   „Die landwirtschaftlichen Krankenkassen als Solidargemeinschaften haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Sie erbringen nach den folgenden Vorschriften Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gefahren, zur Förderung der Selbsthilfe, zur Früherkennung von Krankheiten sowie bei Krankheit.“
2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 6 und 7 angefügt:

„6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,

7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.“

b) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 versichert ist oder dessen Krankenbehandlung nach § 51a übernommen wird.“

c) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.“

3. In § 3 Abs. 2 wird nach Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 6 und 7 angefügt:

„6. die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben,

7. die in § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren.“

4. In § 3a Nr. 1 wird im zweiten Halbsatz die Angabe „§ 6 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 4 und 9“ ersetzt.

5. § 7 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgende Angabe angefügt:

„bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.“

b) Satz 2 wird aufgehoben.

6. § 8 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Wahltarife gilt § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass Absatz 5, 6 und 7 Satz 2 und 3 nicht anzuwenden sind.“

7. In § 13 Abs. 4 wird die Angabe „§ 44 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 44 Abs. 1“ ersetzt.

8. In § 15 werden die Wörter „und Fünften“ gestrichen.

9. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„§ 171b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4“ durch die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4, Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc Satz 2 und 3“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

10. § 19 Abs. 2 wird aufgehoben.

11. Nach § 19 wird folgender § 20 eingefügt:

„§ 20
Versicherung besonderer Personengruppen

Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Beiträge mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.“

12. In § 21 Abs. 2 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§ 254 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, dass die Satzung der Krankenkasse andere Zahlungsweisen vorsehen kann.“ angefügt.

13. In § 22 Abs. 1 wird nach Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 7 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag, der sich aus entsprechender Anwendung von § 186 Abs. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt.“

14. § 23 Abs. 2 wird aufgehoben.

15. In § 24 Abs. 1 wird nach Nummer 7 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

„8. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied, dessen Versicherungspflicht erlischt, seinen Austritt erklärt; § 190 Abs. 3 des Fünften Buches ist entsprechend anzuwenden,

9. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird, bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7.“

16. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Satzung, Organe, Aufgabenerledigung“.

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Satzung muss ferner Bestimmungen enthalten über die Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.“

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Aufgabenerledigung durch Dritte ist § 197b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

17. § 34 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) § 4 Abs. 4 Satz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle der Ausgaben des Verbandes der durch Umlage zu finanzierende Nettoaufwand des Verbandes tritt.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Neben den im Siebten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und in den §§ 58a und 58b des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte genannten Aufgaben hat der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen die Zuschüsse des Bundes und den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 auf die Mitgliedskassen zu verteilen.“

18. § 37 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen sind vom Bund zu tragen, soweit sie nicht durch

1. Beiträge nach den §§ 44 und 45,
2. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Beiträge und
3. den in den Beiträgen nach § 38 Abs. 4 enthaltenen Solidarzuschlag

gedeckt sind.“

19. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Familienangehörigen“ ein Komma und die Wörter „den Solidarzuschlag nach Absatz 4“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 bis 4 angefügt:

„(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage und der Inanspruchnahme eines Darlehens aus der Gesamtrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, sind die Beiträge zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder herzustellen, dringend Einnahmen vermehren, hat der Vorstand zu beschließen, dass die Beiträge bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht werden; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zu Stande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung der Beiträge an.

(3) Übersteigen die Einnahmen der Krankenkasse die Ausgaben und ist das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht, sind die Beiträge durch Änderung der Satzung zu ermäßigen.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten beteiligen sich an den Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen (Solidarzuschlag). Der Solidarzuschlag beträgt im Jahr 2007 87 Millionen Euro. Der Betrag nach Satz 2 ändert sich ab dem Jahr 2008 in dem Verhältnis, in dem sich die Beitragseinnahmen ohne den Solidarzuschlag nach Satz 1 im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem davor liegenden Kalenderjahr verändert haben. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz macht die Veränderungsrate und den sich daraus ergebenden Betrag des Solidarzuschlages bis zum 31. August eines jeden Jahres für das darauffolgende Jahr bekannt. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen legt die Anteile seiner Mitglieder an dem Solidarzuschlag nach dem Verhältnis der bei ihnen Versicherten zur Gesamtzahl der Versicherten aller landwirtschaftlichen Krankenkassen fest; das Nähere zum Verfahren regelt der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der Satzung.“

20. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „sowie § 23a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

b) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung der Beiträge aus dem in Absatz 1 Nr. 4 genannten Arbeitseinkommen ist § 248 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Bemessung der Beiträge aus der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Rente ist § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Satzteil nach dem Semikolon durch die Wörter „für die Bemessung der Beiträge gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

21. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Der Beitrag einer höheren Beitragsklasse muss den Beitrag einer darunter liegenden Beitragsklasse übersteigen; ein einheitlicher Grundbeitrag oder ein für alle oder mehrere Beitragsklassen einheitlicher Beitragsteil ist nicht zulässig.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.“

22. § 42 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie dem zusätzlichen Beitragssatz“ durch die Wörter „allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkte“ ersetzt.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

23. Dem § 43 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Beitragsberechnung versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung oder bisher nicht Versicherter gilt § 46 entsprechend.“

24. § 43a wird aufgehoben.

25. § 44 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. § 46 gilt entsprechend.“

26. § 46 wird wie folgt gefasst:

„§ 46
Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt; § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle der Regelungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Regelungen der Satzung treten. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41. Für die Beitragsfreiheit bei Bezug von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld gilt § 224 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Satzung kann auch Beitragsklassen vorsehen.“

27. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 7, die nicht über Arbeitsentgelt verfügen, tragen ihre Beiträge allein.“

28. § 48 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge.“

b) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen des Absatzes 4 ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.“

29. § 50 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 255 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.“

30. In § 51 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkasse soll Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn dadurch Beitragserhöhungen während des Haushaltsjahres vermieden werden. § 261 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht anzuwenden, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Beitragserhöhung erforderlich wäre.“

31. In § 63 Abs. 1 Satz 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und werden folgende Wörter angefügt:

„bei Anwendung des § 257 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen.“

32. § 66 wird aufgehoben.

Artikel 16

Weitere Änderungen des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch Artikel 15 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

1. In § 18 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,“ gestrichen.
2. Die Überschrift des Fünften Abschnitts wird wie folgt gefasst:

   „Fünfter Abschnitt
   Wahrnehmung von Verbandsaufgaben“.
3. § 34 wird wie folgt gefasst:

   „§ 34
   Besondere Verbandsaufgaben in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

   (1) Der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen nimmt in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung besondere Verbandsaufgaben wahr; er tritt insoweit in die Rechte und Pflichten des früheren Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (§ 212 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung) ein. § 217f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

   (2) Neben den sich aus diesem Gesetz ergebenden Aufgaben und den in den §§ 58a und 58b des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte genannten Aufgaben hat der Verband die Zuschüsse des Bundes und den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen zu verteilen.

   (3) Die Verwaltungskosten des Verbandes sind nach den Grundsätzen des § 52 zu erstatten.

   (4) Für das Haushalts- und Rechnungswesen ist § 208 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe anzuwenden, dass auch § 71d des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend gilt.“
4. § 35 wird aufgehoben.
5. § 38 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.
6. In § 58 werden die Wörter „deren Bundesverband“ durch die Angabe „den Verband nach § 34“ ersetzt.
7. In § 63 Abs. 1 Satz 3 wird nach den Wörtern „anzuwenden sind“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

Artikel 17

Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

§ 35a Abs. 2 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch … geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung jeweils zum 1. März festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen“ durch die Angabe „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.
2. Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

Artikel 18

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „den Landesverbänden der Krankenkassen, den“ die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.
2. In § 9 Abs. 3a Satz 1 werden nach den Wörtern „den Landesverbänden der Krankenkassen und den“ die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.
3. In § 17 Abs. 5 Satz 3 werden nach den Wörtern „die Landesverbände der Krankenkassen und die“ die Wörter „Verbände der“ gestrichen.
4. § 17b wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 4 werden nach den Wörtern „vorliegt, sind“ die Wörter „Richtwerte oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2 sowie“ eingefügt.

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

      „Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.“

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

      bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

      „Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme.“

   c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 Nr. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Abschläge“ ein Komma und die Wörter „der Ermittlung der Richtwerte oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2“ sowie nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „oder Ausbildungsstätten“ eingefügt.

      bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „oder Ausbildungsstätten“ eingefügt.
5. § 17c wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Nach dem Wort „Krankenkassen“ wird das Wort „gemeinsam“ gestrichen.

bb) Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich.“

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „in den Jahren 2003 bis 2004“ gestrichen.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden nach den Wörtern „den Landesverbänden der Krankenkassen und den“ die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen und die“ die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

cc) In Satz 9 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

dd) In Satz 11 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

6. In § 18 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „die Landesverbände der Krankenkassen, die“ die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

7. § 18a Abs. 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

c) In Satz 8 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

8. In § 27 werden die Wörter „gebildeten Verbände“ durch die Wörter „benannten Bevollmächtigten“ ersetzt.

9. § 28 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Bundesstatistik“ die Wörter „auf Grundlage dieser Erhebungen“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Das Statistische Bundesamt führt unter Verwendung der von der DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten jährlich eine Auswertung zu folgenden Sachverhalten durch:

1. Identifikationsmerkmale der Einrichtung,

2. Patienten nach Anlass und Grund der Aufnahme, Weiterbehandlung, Verlegung und Entlassung sowie Gewicht der unter 1-Jährigen bei der Aufnahme, Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen, Beatmungsstunden, vor- und nachstationäre Behandlung, Art der Operationen und Prozeduren sowie Angabe der Leistungserbringung durch Belegoperateur, -anästhesist oder -hebamme,

3. in Anspruch genommene Fachabteilungen,

4. Abrechnung der Leistungen je Behandlungsfall nach Höhe der Entgelte insgesamt, der DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte,

5. Zahl der DRG-Fälle, Summe der Bewertungsrelationen sowie Ausgleichsbeträge nach § 4 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes,

6. Anzahl der Ausbildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a sowie die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr.“

Artikel 19

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch …(BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 9 Satz 2 wird die Angabe „grundsätzlich zu 40 vom Hundert“ durch die Angabe „ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert“ ersetzt.

2. Dem § 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31. Dezember 2006 entlassen werden, ist ein Abschlag in Höhe von 0,7 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen; der Abschlag gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008. Haben Krankenkassen Rechnungen nach Satz 1 ohne Abschlag bezahlt, ist der Krankenhausträger verpflichtet, jeweils einen Betrag in Höhe von 0,7 Prozent des Rechnungsbetrags an die jeweilige Krankenkasse zu erstatten. Bemessungsgrundlage für den Abschlag nach Satz 1 und 2 ist die Höhe der abgerechneten Entgelte nach § 6 Abs. 2a und § 7 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und 5 einschließlich der Abschläge bei Verlegungen. Bei der Ermittlung des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 9 und § 6 Abs. 3 Satz 6 wird die Erlösminderung infolge des Abschlags nicht berücksichtigt.“

3. In § 9 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

4. In § 10 Abs. 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Abrechnungsregeln“ die Wörter „oder infolge einer Verminderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen“ eingefügt.

5. In § 20 werden die Wörter „gebildeten Verbände“ durch die Wörter „benannten Bevollmächtigten“ ersetzt.

6. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g“ durch die Angabe „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a, c und d und Nr. 2 Buchstabe b und d bis h“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Eine unzulässige Verarbeitung und Nutzung der Daten gilt als Ordnungswidrigkeit im Sinne des § 85 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die nach § 137a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Institution auf Bundesebene kann ausgewählte Leistungsdaten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nr. 2 anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. Die Institution auf Bundesebene kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 von der Institution auf Bundesebene glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.“

Artikel 20

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

2. In § 12 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz wird die Angabe „zu 40 vom Hundert“ durch die Angabe „ab dem Jahr 2007 zu 20 vom Hundert“ ersetzt.

3. Dem § 14 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31. Dezember 2006 entlassen werden, ist ein Abschlag in Höhe von 0,7 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen; der Abschlag gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung für den Zeitraum nach dem Jahr 2008 für die nach dem Krankenhausentgeltgesetz finanzierten Krankenhäuser. Haben Krankenkassen Rechnungen nach Satz 1 ohne Abschlag bezahlt, ist der Krankenhausträger verpflichtet, jeweils einen Betrag in Höhe von 0,7 Prozent des Rechnungsbetrags an die jeweilige Krankenkasse zu erstatten. Bemessungsgrundlage für den Abschlag nach Satz 1 und 2 ist die Höhe der abgerechneten tagesgleichen Pflegesätze. Bei der Ermittlung des Erlösausgleichs nach § 12 Abs. 2 wird die Erlösminderung infolge des Abschlags nicht berücksichtigt.“

4. In § 15 Abs. 1 und 2 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

5. In § 25 werden die Wörter „gebildeten Verbände“ durch die Wörter „benannten Bevollmächtigten“ ersetzt.

Artikel 21

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „einer Krankenkasse“ das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt und werden die Wörter „oder der Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

2. In § 9 Abs. 1 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

3. In § 11 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

4. In § 12 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

5. § 13 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 4 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

   b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt, nach dem Wort „Vereinigungen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und vor dem Wort „unterstützen“ die Wörter „und die Ersatzkassen“ eingefügt.

      bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Bundesvereinigung“ das Komma gestrichen und werden die Wörter „die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

6. In § 14 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

7. Dem § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ein Arzt steht auch dann für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Maße zur Verfügung, wenn er neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73b, 73c oder 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tätig wird.“

8. In § 26 Abs. 2 werden die Wörter „sowie die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

9. In § 27 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

10. In § 28 Abs. 2 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

11. § 31 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 2 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

12. In § 33 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

13. In § 34 Abs. 2 Satz 1 und 2 und Absatz 8 werden jeweils die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

14. In § 37 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

Artikel 22

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „einer Krankenkasse“ das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt und werden die Wörter „oder der Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

2. In § 9 Abs. 1 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

3. In § 11 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

4. In § 12 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

5. § 13 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 4 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

   b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt, nach dem Wort „Vereinigungen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und vor dem Wort „unterstützen“ die Wörter „und die Ersatzkassen“ eingefügt.

      bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Bundesvereinigung“ das Komma gestrichen und werden die Wörter „die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

6. In § 14 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

7. § 16 Abs. 3 bis 7 wird aufgehoben.

8. Abschnitt IVa wird aufgehoben.

9. § 19 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 wird aufgehoben.

10. In § 26 Abs. 2 werden die Wörter „sowie die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

11. In § 27 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

12. In § 28 Abs. 2 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen“ gestrichen.

13. § 31 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 2 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

    b) In Absatz 5 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

14. In § 33 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

15. In § 34 Abs. 2 Satz 1 und 2 und Absatz 8 werden jeweils die Wörter „Verbänden der“ gestrichen.

16. In § 37 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

Artikel 23

Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung

Die Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 2. September 2004 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses und“ gestrichen.

   b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

      „Die Amtsdauer der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt sich nach § 91 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

   c) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern „neu hinzugetretene Mitglieder“ die Wörter „der Ausschüsse“ eingefügt.

2. In § 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Stellvertreter“ die Wörter „mit Ausnahme der hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses“ eingefügt.

3. § 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

   „Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten Reisekostenvergütung nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes.“

4. In § 8 Satz 1 werden die Wörter „über Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der Reisekostenstufe C.“ durch die Wörter „des Landes über Reisekostenvergütung.“ ersetzt.

5. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „für die von ihnen bestellten Vertreter“ die Wörter „mit Ausnahme der hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „(Zahnärzte)“ das Wort „einerseits“ und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen andererseits“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen“ eingefügt.

Artikel 24

Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 59 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird jeweils das Wort „sieben“ durch das Wort „vier“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird jeweils das Wort „sieben“ durch das Wort „vier“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „Bundesverband der Ortskrankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Satz 3 werden die Wörter „Bundesverband, Verband der Ersatzkassen“ durch die Wörter „den Ersatzkassen“ ersetzt.

Artikel 25

Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung vom 5. Januar 2004 (BGBl. I S. 29) wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung – WiPrüfVO)“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Prüfungs-“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Prüfungs-“ durch die Wörter „Die Prüfungsstelle nach Absatz 4“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Die Ausschüsse bestehen“ durch die Wörter „Der Beschwerdeausschuss besteht“ und die Wörter „sechs, mindestens jeweils drei“ durch die Wörter „vier, mindestens jeweils zwei“ ersetzt.

cc) In Satz 3 werden die Wörter „der Verbände“ gestrichen und die Wörter „die Ausschüsse“ durch die Wörter „den Ausschuss“ ersetzt.

dd) In Satz 5 werden die Wörter „der Ausschüsse“ durch die Wörter „des Ausschusses“ ersetzt und wird nach dem Wort „weisungsgebunden“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

c) In Absatz 2 Satz 1werden die Wörter „Die Ausschüsse können für die Prüfungen“ durch die Wörter „Der Ausschuss kann für die Beschwerdeverfahren“ ersetzt.

d) In Absatz 3 werden die Wörter „Prüfungs- und des“ und das Wort „jeweilige“ gestrichen.

e) In Absatz 4 werden die Wörter „Die Ausschüsse sind“ durch die Wörter „Der Ausschuss ist“ ersetzt.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Prüfungsausschuss“ durch die Wörter „Die Prüfungsstelle“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

3. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

bb) In Satz 3 Nr. 3 werden die Wörter „in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle“ gestrichen.

b) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Verbände der“ gestrichen.

4. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

b) In Absatz 1 und 3 werden jeweils die Wörter „der Ausschüsse“ durch die Wörter „des Ausschusses“ ersetzt.

5. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt, nach dem Wort „hat“ die Wörter „neben ihren sich aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergebenden Aufgaben“ eingefügt und in Nummer 1 das Komma nach

dem Wort „laden“, die Wörter „die Entscheidungen vorzubereiten“ und die Wörter „nach § 106 Abs. 4a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

c) Absatz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird aufgehoben.

bb) In dem bisherigen Satz 2 wird jeweils das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ und werden die Wörter „den Ausschüssen“ durch die Wörter „dem Ausschuss“ ersetzt.

cc) In dem bisherigen Satz 3 wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

e) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Die Ausschüsse“ durch die Wörter „Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss“ ersetzt.

6. In § 5 Abs. 1 werden die Wörter „der Vorsitzenden der Prüfungs- und der Beschwerdeausschüsse und ihrer“ durch die Wörter „des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner“ und wird das Wort „Geschäftsstelle“ durch das Wort „Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 26

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Die Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), zuletzt geändert durch Artikel vom … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 5 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die Meldungen müssen die Betriebsnummer der Krankenkasse des Beschäftigten enthalten.“

2. In § 19 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt und das Wort „gemeinsam“ gestrichen.

3. In § 21 Satz 1 werden die Wörter „von einem Spitzenverband“ durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund“ ersetzt.

4. In § 22 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

5. In § 32 Abs. 1 werden die Wörter „den Krankenkassen“ durch die Wörter „den Einzugsstellen, dem Bundesversicherungsamt als Träger des Gesundheitsfonds, den Kranken- und Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 27

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

Die Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), zuletzt geändert durch vom … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 wird das Wort „und“ durch die Wörter „ , den Gesundheitsfonds und die“ ersetzt.

2. In § 6 Abs. 2 wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „Pflegekassen, dem Bundesversicherungsamt als Träger des Gesundheitsfonds, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 28

Änderung der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung

In § 2 Abs. 3 Satz 1 der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung vom 17. März 2000 (BGBl. I S. 233), die zuletzt durch … geändert worden ist, werden die Wörter „der halbe vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung festgestellte jahresdurchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung“ ersetzt durch die Wörter „die Hälfte des von der Bundesregierung festgelegten um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten jahresdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der Krankenversicherung“ ersetzt.

Artikel 29

Änderung der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung

Die KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung vom 3. März 1998 (BGBl. I S. 392), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nr. 1 wird das Wort „durchschnittlichem“ gestrichen.

2. In § 3 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ist der nach § 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zum 1. Januar des Kalenderjahres der Dienstleistung festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen“ durch die Wörter „allgemeine Beitragssatz ergibt sich auf Grund § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

3. In § 4 Abs. 2 Nr. 4 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

4. In § 5 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

Artikel 30

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 10 wie folgt gefasst:

   „§ 10 Kennzeichnung“.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

      „Kennzeichnung“.

   b) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 angefügt:

      „(11) Aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, dürfen nur mit einer Kennzeichnung abgegeben werden, die mindestens den Anforderungen nach Absatz 8 Satz 1 entspricht. Absatz 1b findet keine Anwendung.“

3. In § 11 wird nach Absatz 6 folgender Absatz 7 angefügt:

   „(7) Aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, dürfen nur zusammen mit einer Ausfertigung der für das Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilage abgegeben werden. Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 1 müssen bei der im Rahmen einer Dauermedikation erfolgenden regelmäßigen Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen in neuen, patientenindividuell zusammengestellten Blistern Ausfertigungen der für die jeweiligen Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilagen erst dann erneut beigefügt werden, wenn sich diese gegenüber den zuletzt beigefügten geändert haben.“

4. § 67 Abs. 6 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

   b) Es werden folgende Sätze angefügt:

      „Entschädigungen, die an Ärzte für ihre Beteiligung an Untersuchungen nach Satz 1 geleistet werden, sind nach ihrer Art und Höhe so zu bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht. Sofern beteiligte Ärzte Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, sind bei Anzeigen nach Satz 1 auch die Art und die Höhe der an sie geleisteten Entschädigungen anzugeben sowie jeweils eine Ausfertigung der mit ihnen geschlossenen Verträge zu übermitteln; hiervon sind Anzeigen gegenüber den zuständigen Bundesoberbehörden ausgenommen.“

5. § 78 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt.

   b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Ein einheitlicher, höchstzulässiger Apothekenabgabepreis für Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten.“

   c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

      „(3) Für Arzneimittel nach Absatz 2 Satz 2 haben die pharmazeutischen Unternehmer als Grundlage zur Berechnung der höchstzulässigen Preise und Preisspannen einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen. Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen sowie deren jeweilige Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern für die zu ihren Lasten abgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel Preisnachlässe auf den einheitlichen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers vereinbaren. Apotheken können mit der Vereinbarung von Preisnachlässen sowie mit deren Einzug beauftragt werden; dabei kann vereinbart werden, dass die Apotheke auf Verlangen einen Nachweis über die vereinbarten Preisnachlässe erbringt. Satz 1 bleibt unberührt.

      (4) Bei Arzneimitteln, die im Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht, durch Apotheken abgegeben werden und die zu diesem Zweck nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3c bevorratet wurden, gilt als Grundlage für die nach Absatz 1 festzusetzenden Preise und Preisspannen der Länderabgabepreis. Entsprechendes gilt für Arzneimittel, die aus für diesen Zweck entsprechend bevorrateten Wirkstoffen in Apotheken hergestellt und in diesen Fällen durch Apotheken abgegeben werden. In diesen Fällen gilt Absatz 2 Satz 2 auf Länderebene.“

6. In § 97 Abs. 2 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

   „5a. entgegen § 11 Abs. 7 Satz 1 eine Teilmenge abgibt,“.

Artikel 31

Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung

§ 2 Abs. 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), die zuletzt durch die Verordnung vom 27. Juni 2006 (BGBl. I S. 1414) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

   „4. Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,“.

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

   „4a. bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen,“.

c) In Nummer 5 wird nach der Angabe „Nummer 4“ die Angabe „oder Nummer 4a“ eingefügt.

Artikel 32

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Satz 1 wird folgende Nummer 7 angefügt:

      „7. von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen, soweit deren Darreichungsform, Zusammensetzung und Stärke unverändert bleibt.“

   b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

      „Im Fall von Satz 1 Nr. 7 können Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände das Verfahren für die Berechnung der höchstens zulässigen Apothekenabgabepreise für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel mit Apotheken oder deren Verbänden vereinbaren.“

2. In § 2 Abs. 1 bis 5 wird jeweils das Wort „Herstellerabgabepreis“ durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

      „Bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken dürfen zur Berechung des Apothekenabgabepreises höchstens ein Zuschlag von drei Prozent zuzüglich 8,10 Euro sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“

      bb) Satz 2 wird aufgehoben.

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) Im einleitenden Satzteil wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt.

      bb) In Nummer 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreises“ durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

      cc) In Nummer 2 werden das Wort „Hersteller“ durch die Wörter „pharmazeutischen Unternehmer“ und das Wort „Herstellerabgabepreis“ durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

   c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

      „(6) Für die erneute Abgabe der an eine Apotheke zurück gegebenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln durch die Apotheke beträgt der Höchstzuschlag 6,10 Euro.“

4. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 werden die Wörter „sind ein Festzuschlag von 100 Prozent (Spanne 50 Prozent) auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoff und erforderliche Verpackung sowie die Umsatzsteuer zu erheben“ durch die Wörter „darf höchstens ein Zuschlag von 100 Prozent (Spanne 50 Prozent) auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoffe und erforderliche Verpackung sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“ ersetzt.

   b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Bei der Abgabe einer Zubereitung aus einem Stoff oder mehreren Stoffen, die in Apotheken angefertigt wird, dürfen

      1. höchstens ein Zuschlag von 90 Prozent auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoffe und erforderliche Verpackung, sowie

      2. ein Rezepturzuschlag nach Absatz 3 sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird im einleitenden Satzteil nach dem Wort „beträgt“ das Wort „höchstens“ eingefügt.

      bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „um“ das Wort „höchstens“ eingefügt.

   c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Zuschlag“ ersetzt.

   d) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „des Fest- oder Rezepturzuschlags“ durch die Wörter „der Zuschläge“ und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „vereinbarte Zuschläge sind Höchstzuschläge.“

6. In § 6 werden die Wörter „während der allgemeinen Ladenschlusszeiten gemäß § 3 Abs. 1 des Gesetzes über den Ladenschluss“ durch die Wörter „in der Zeit von 20.00 bis 6.00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6.00 Uhr und ab 14.00 Uhr“ ersetzt.

7. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „§ 3 Abs. 1 Satz“ die Angabe „und 3“ gestrichen.

   b) Absatz 3 wird aufgehoben.

8. Nach § 10 wird folgender § 11 eingefügt:

   „§ 11
   Preise in besonderen Fällen

   „Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln in den Fällen des § 78 Abs. 4 Arzneimittelgesetz wird bei Anwendung dieser Verordnung der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers durch den Länderabgabepreis ersetzt. Bei Abgabe von Stoffen oder Zubereitungen ist zur Berechnung des Apothekeneinkaufspreises sowie bei Vereinbarungen über Apothekeneinkaufspreise nach § 4 Abs. 3 und § 5 Abs. 4 ebenfalls der Länderabgabepreis zugrunde zu legen. Abweichend von § 4 Abs. 3 sowie § 5 Abs. 4 und 5 können auch die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Verbände der Apotheker mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Vereinbarungen über die Apothekeneinkaufspreise und Zuschläge treffen.“

Artikel 33

Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 31 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
   b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 34

Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Nach § 5b Abs. 3 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Betäubungsmittel, die nach Absatz 3 gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, können von dem Arzt für einen anderen Patienten dieses Alten- und Pflegeheims oder Hospizes erneut verschrieben werden oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz zurückgegeben werden.“

Artikel 35

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

§ 14 Abs. 1 Satz 2 der Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Soweit es sich bei den Arzneimitteln um aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen handelt, sind neben der vom Arzneimittelgesetz geforderten Kennzeichnung Name und Anschrift der Apotheke anzugeben.“

Artikel 36

Änderung des Apothekengesetzes

In § 14 Abs. 7 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden.“

Artikel 37

Änderung der Schiedsstellenverordnung

Die Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
2. In § 5 werden die Wörter „Bundesverband der Betriebskrankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
3. § 9 wird wie folgt geändert:
   a) In Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „Bundesverband der Betriebskrankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
   b) In Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 38

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

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

1. In § 1 Abs. 4 werden nach den Wörtern „landwirtschaftlichen Krankenkassen“ die Wörter „, ab dem Jahr 2008 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ angefügt.
2. § 3 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 7 werden nach dem Wort „sind“ ein Komma und die Wörter „im Fall des § 28d Abs. 3 frühestens mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse“ eingefügt.
   b) In Satz 8 Nr. 3 wird die Angabe „2a, 2b, 4a, 4b, 6a, 6b, 8a, 8b, 10a, 10b, 12a oder 12b“ durch die Angabe „2b, 4b, 6b, 8b, 10b oder 12b“ ersetzt.
3. § 28d wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Nr. 1 wird die Angabe „2a und 2b, 4a und 4b, 6a und 6b, 8a und 8b, 10a und 10b oder 12a und 12b“ durch die Angabe „2b, 4b, 6b, 8b, 10b oder 12b“ ersetzt.
   b) Absatz 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:
      „2. die Teilnahme eines Versicherten am Programm endet, wenn
         a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
         b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der in § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 genannten Anlagen

veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder

c) zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den in Absatz 1 Nr. 1 genannten Anlagen, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift der Ärztin/des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Frist übermittelt worden sind und“.

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, seine Teilnahme am Programm auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden kann. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 2 Nr. 2 entsprechend.“

4. § 28f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Programm“ die Wörter „auf elektronischem Weg zu übermittelnde“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach der Angabe „§ 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „bis zum letzten Tag des übernächsten auf den Behandlungstag folgenden Quartals“ eingefügt.

bb) In Satz 1 Nummer 7 werden die Wörter „Erst- und Folgedokumentationen“ durch das Wort „Erstdokumentation“ ersetzt und die Wörter „spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums“ gestrichen.

c) In Absatz 2a Satz 1 und 2 wird jeweils nach der Angabe „Absatz 2 Satz 1 Nr. 7“ die Angabe „in der vor dem (einfügen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 46 Abs. 1) geltenden Fassung“ eingefügt.

d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Anforderungen nach § 28d Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 2 gelten nur für den Teil der in Absatz 1 genannten Anlagen, der den in § 28d Abs. 1 Nr. 1 genannten Anlagen entspricht.“

5. § 28g Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „drei“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Programme, die am (einfügen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 46 Abs. 1) zugelassen sind, gelten für die Dauer von höchstens fünf Jahren als zugelassen.“

6. Nach § 30 werden folgende §§ 31 bis 34 eingefügt:

„§ 31
Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 29 Satz 1 Nr. 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der

1. einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die gesetzliche Krankenversicherung zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen hat,
2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem die in Absatz 1 Satz 2 bis 4 genannten Krankheiten ausgewählt werden und
3. die Auswahl der in Nummer 2 genannten Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen hat.

Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien zu beachten. In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.

(3) In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein.

(4) Das Bundesversicherungsamt legt auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 1. Juli 2008 fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 29 Satz 1 Nr. 1 genannten Risikomerkmale sind nur die nach Satz 1 festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.

(5) Die auf Grund der Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes, vom 1. Januar 2009 an aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

§ 32
Monatliches Ausgleichsverfahren ab 2009

Abweichend von § 3 Abs. 6 erheben die Krankenkassen für den monatlichen Ausgleich nach § 17 für Leistungsausgaben ohne Krankengeld versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume

1. Januar bis Juni und

2. Januar bis Dezember

(Berichtszeiträume) des Ausgleichsjahres. Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nr. 1 bis zum 15. August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nr. 2 bis zum 15. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesversicherungsamt über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinell verwertbar vor.

§ 33
Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009

(1) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Abs. 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen.

Hebt das Bundesversicherungsamt auf Grund der Evaluationsberichte nach § 28g die Zulassung eines Programms auf oder lehnt es die Verlängerung der Zulassung ab, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Absatz 1 und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 1 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisung und das Meldeverfahren.

§ 34
Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

(1) Für die Schätzung der Belastungen auf Grund der Einführung der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen (§ 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2008 zusätzlich zur Datenerhebung nach § 30 folgende Angaben versichertenbezogen als Stichprobe:

1. die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten,

2. die Anzahl der Versichertentage mit einer Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 2 Abs. 1 Satz 3,

3. die Anzahl der Versichertentage mit einer Zuordnung zu jeweils einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 2 oder 4 differenziert nach der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 2 Abs. 1 Satz 3,

4. das Jahresarbeitsentgelt gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und

5. die für die Bezieher von Arbeitslosengeld gezahlten Beiträge.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung der Angabe nach Satz 1 Nr. 1 und das Stichprobenverfahren der Angaben nach Satz 1. Versicherte mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland sind bei der Erhebung nach Satz 1 nicht zu erfassen. § 30 Abs. 2 und 4 gilt entsprechend. Zur Erfüllung des in Satz 1 genannten Zwecks kann das Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

(2) Die Datenerhebung nach Absatz 1 erfolgt letztmalig in dem Jahr, in dem die Voraussetzung nach § 272 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt wurde.“

Artikel 39

Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen

In § 7 des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190, 2256) wird die Angabe „1. Januar 2007“ durch die Angabe „31. Dezember 2008“ ersetzt.

Artikel 40

Aufhebung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse

Das Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19. April 2000 (BGBl. I S. 571), geändert durch Artikel 68 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242), wird aufgehoben.

Artikel 41

Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

Das Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 2 Satz 3 wird aufgehoben.
2. In § 3 Abs. 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Näheres“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere“ ersetzt.

Artikel 42

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch …, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Abs. 1 Satz 2 und § 12 Abs. 1 Satz 1 werden jeweils die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
2. In § 11 Abs. 2 Satz 1, § 11 Abs. 3 Satz 3, § 12 Abs. 4 Satz 1 und § 12 Abs. 5 Satz 3 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 43

Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3102), wird wie folgt geändert:

1. In § 178b wird nach Absatz 1 folgender Absatz eingefügt:

   „(1a) Bei der Krankheitskostenversicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Leistungserbringer seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis haften Versicherer und Versicherungsnehmer gesamtschuldnerisch.“
2. In § 178c Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „ausscheiden“ die Wörter „oder die aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausgeschieden sind“ eingefügt.
3. § 178e wird wie folgt geändert:
   a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
   b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

      „(2) Absatz 1 gilt nicht bei Gewährung von Versicherung im Basistarif.“
4. § 178f wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

      1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung oder Anträge auf Wechsel in den Basistarif annimmt, wobei

         a) soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen kann; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen;

         b) bei einem Wechsel in den Basistarif des Versicherers die Alterungsrückstellung nur insoweit anzurechnen ist, wie sie sich auf die Leistungen dieses Tarifs bezieht;

      2. bei einer Kündigung des Vertrages und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer, die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, deren Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt.

      Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung an-

zurechnen ist. Auf die Ansprüche nach Satz 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.“

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.“

5. § 178g Abs. 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz kann der Versicherer mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss vereinbaren. Im Basistarif ist eine Risikoprüfung nur zulässig, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist.“

Artikel 44

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 187 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. I S. 866), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 8 wird folgende Überschrift eingefügt:

„IIa. Ausübung der Geschäftstätigkeit“.

b) Nach der Angabe zu § 10a wird folgende Überschrift eingefügt:

„1. Lebensversicherung“.

c) Nach der Angabe zu § 11e wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Krankenversicherung“.

d) Nach der Angabe zu § 12f wird folgende Überschrift eingefügt:

„§ 12g Risikoausgleich“.

2. Nach § 8 wird folgende Überschrift eingefügt:

„IIa. Ausübung der Geschäftstätigkeit“.

3. Nach § 10a wird folgende Überschrift eingefügt:

„1. Lebensversicherung“.

4. Nach § 11e wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Krankenversicherung“.

5. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 4 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

„5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinn des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist.“

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige, vorsehen, bei denen die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt sind. Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(1b) Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten

a) innerhalb von 6 Monaten nach Einführung des Basistarifes

b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und auch nicht unter Nummer 1 fallen, und die nicht bereits eine private Krankenvollversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen besitzen,

3. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die bereits eine private Krankenvollversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen besitzen,

Versicherung im Basistarif zu gewähren. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherungsunternehmen versichert war und das Versicherungsunternehmen

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 16 in Verbindung mit

§ 178k des Gesetzes über den Versicherungsvertrag).

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 3 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang gemäß § 26 Abs. 3 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, sofern dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, zahlt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(1d) Der Verband der privaten Krankenversicherung legt auf der Grundlage der Regelungen im § 12 dieses Gesetzes das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht fest. Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die nicht dem Verband der privaten Krankenversicherung angehören, können diese Regelung übernehmen.“

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4b eingefügt:

„(4b) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt.“

d) In Absatz 5 wird die Angabe „die Absätze 1 bis 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Nr. 1 bis 4 und die Absätze 2 bis 4“ ersetzt.

6. § 12c Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „für die Bemessung“ die Wörter „und Begrenzung“ eingefügt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. nähere Bestimmungen zur Berechnung des Übertragungswerts nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 zu erlassen,“.

7. Nach § 12f wird folgender § 12g eingefügt:

„§ 12g
Risikoausgleich

(1) Die Versicherungsunternehmen, die einen Basistarif anbieten, müssen sich zur dauerhaften Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen am Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muss einen dauerhaften und wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten. Mehraufwendungen, die im Basistarif auf Grund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen; Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in § 12 Abs. 1c genannten Begrenzungen entstehen, sind auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so zu verteilen, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird.

(2) Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.“

8. Folgender § 161 wird angefügt:

„§ 161
Übergangsvorschriften

Bis zum 31. Dezember 2012 gelten für Versicherungen, die vor dem 1. Januar 2008 abgeschlossen wurden, § 12 Abs. 1 Nr. 5 dieses Gesetzes und § 178f Abs. 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag mit der Maßgabe, dass bei Wechseln zu einem anderen privaten Krankenversicherer vor dem 1. Januar 2013 der Übertragungswert nur anteilig übertragen wird. Der Anteil wird bestimmt, indem für die Zwecke der Berechnung des Übertragungswerts der Versicherte nicht mit seinem tatsächlichen Einrittsalter eingestuft wird, sondern mit dem Alter von 40 Jahren. Soweit das Eintrittsalter des Versicherten höher als 40 war, gilt das tatsächliche Eintrittsalter. Satz 2 und 3 gelten nicht für den Beitragszuschlag gemäß § 12 Abs. 4 und die Direktgutschrift nach § 12 Abs. 2. Im Übrigen ist die Rechtsverordnung nach § 12c entsprechend anzuwenden.“

9. Anlage Teil D Abschnitt II Nr. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 5 wird das Wort „Standardtarif“ durch das Wort „Basistarif“ ersetzt.

b) Satz 6 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Basistarif zu zahlen wäre, sowie die Möglichkeiten der Prämienminderung nach § 12 Abs. 1c mitzuteilen. Auf Anfrage ist dem Versicherungsnehmer der Übertragungswert gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 anzugeben. Ab dem 1. Januar 2013 sind die Übertragungswerte jährlich mitzuteilen.“

Artikel 45

Änderung der Kalkulationsverordnung

Die Kalkulationsverordnung vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Nr. 5 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

   „6. die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes nach § 13a.“

2. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

   b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

   „(2) Bei Gewährung von Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes dürfen außer den Sterbewahrscheinlichkeiten und dem Abgang zur gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.“

3. § 8 Abs. 1 Nr. 6 wird durch folgende Nummern ersetzt:

   „6. bei substitutiven Krankenversicherungen den Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif gemäß § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes,

   7. für den Basistarif zusätzlich den Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen.“

4. Nach § 10 Abs. 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Der Teil der Prämie, die zur Finanzierung des Übertragungswerts nach § 13a erforderlich ist, ist für den Vollversicherungsschutz jeder versicherten Person einheitlich zu kalkulieren.“

5. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt:

   (4) Wechselt der Versicherte in den Basistarif des Unternehmens oder schließt er unter Kündigung des bisherigen Vertrags einen Vertrag über einen Basistarif bei einem anderen Krankenversicherer ab, sind Zusatzversicherungen, welche Leistungen abdecken, die im bisherigen Versicherungsschutz, nicht jedoch im Basistarif enthalten sind, und für die der Versicherte versicherungsfähig ist, als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz anzusehen.“

6. Dem § 13 wird folgender Absatz 5 angefügt:

   „(5) Wechselt der Versicherte aus Tarifen, in denen die Leistungsbereiche gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 versichert sind, in den Basistarif des Unternehmens, ist die Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung auf den Übertragungswert nach § 13a begrenzt. Schließt er gleichzeitig Tarife mit Ergänzungsschutz in diesen Leistungsbereichen ab, gelten für die Anrechnung des übersteigenden Teils der Alterungsrückstellung in diesen Tarifen die Regelungen des Absatzes 1.“

7. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:

   „§ 13a
   Übertragungswert

   (1) Der Übertragungswert im Sinne des § 12 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich als Summe aus der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12e Abs. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung).

   (2) Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des branchenheitlichen Basistarifs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden. Für Versicherungszeiten vor dem 1. Januar 2008 sind die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des Basistarifs mit folgenden Maßgaben zu verwenden:

   1. Anstelle der Sterbetafel der Erstkalkulation ist die Sterbetafel zu verwenden, welche das Unternehmen bei der Neu- und Nachkalkulation im betreffenden Jahr verwendet hat,

   2. die Grundkopfschäden sind für jedes Jahr um 5 vom Hundert zu vermindern.

   (3) Bis zum 31. Dezember 2012 wird für Versicherungen für die Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung bei Versicherten, welche bei Beginn der Versicherung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, ein Beginn der Versicherung im Basistarif mit Vollendung des 40. Lebensjahres unterstellt; hat der Versicherte zum Zeitpunkt des Wechsels das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn der Versicherung im Basistarif unterstellt. Das gilt nicht für den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und die Direktgutschrift nach § 12a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.“

Artikel 46
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 2007 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a, Buchstabe c und e, in Nr. 57 Buchstabe i der § 87 Abs. 3b bis 3e und Artikel 15 Nr. 4 treten mit Wirkung vom (einfügen: Tag der ersten Lesung) in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Artikel 19 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 4, Artikel 20 Nr. 2, Nr. 3 und Artikel 39 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft.

(4) Am Tage nach der Verkündung treten in Kraft

a) In Artikel 1 Nr. 149 in § 217c der Absatz 7 und in Artikel 15 die Nummer 9 Buchstabe a

b) Artikel 44 Nr. 5, soweit dadurch § 12 Abs. 1d eingefügt wird und Nr. 6.

(5) Artikel 1 Nr. 6, Nr. 11 Buchstabe a, Nr. 13, Nr. 14 Buchstabe a, Nr. 16 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Nr. 18, Nr. 19, Nr. 26 Buchstaben c und d, Nr. 29, Nr. 36, Nr. 38, Nr. 40, Nr. 42, Nr. 43 Buchstabe a, Nr. 44, Nr. 48, Nr. 51 Buchstabe a und b, Nr. 52, Nr. 53 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und cc, Buchstaben c und d, Buchstabe e Doppelbuchstabe aa, Buchstabe f, Nr. 54 Buchstabe b und Buchstabe c Doppelbuchstabe aa, Nr. 56, Nr. 57 Buchstaben b, c, h, j, Nr. 58, Nr. 59 Buchstabe a bis c, e, f, Nr. 60, Nr. 62 Buchstabe c, Nr. 64 bis 66, Nr. 71 Buchstabe a, Nr. 72, Nr. 73 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe b und c, Nr. 74 bis 83, Nr. 85 Buchstabe a, Nr. 86 bis 88, Nr. 90, Nr. 91 Buchstabe a, Nr. 95 Buchstabe b, f und g,

Nr. 97 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb, Nr. 98 bis 101, Nr. 112, Nr. 122 Buchstabe a, Nr. 124, Nr. 125, Nr. 128, Nr. 129, Nr. 131, Nr. 135 Buchstabe a und c, Nr. 142, Nr. 143, Nr. 150, Nr. 151, Nr. 153, Nr. 159, Nr. 162, Nr. 174 Buchstabe c und d, Nr. 179 Buchstabe d bis h, Nr. 180 Buchstabe b, Nr. 181 Buchstabe a und b, Nr. 184 Buchstabe a und b, Nr. 185 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Nr. 188, Nr. 190, Nr. 193, Nr. 194 Buchstabe b und c, Nr. 195 Buchstabe b bis g, Nr. 196 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Buchstabe c und d, Nr. 197 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b bis d, Nr. 198 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe d, Nr. 199, Nr. 200, Nr. 202 bis 207, Nr. 208 Buchstabe a, Artikel 2 Nr. 1 bis 27, Nr. 31, Artikel 5 Nr. 1 und 2, Nr. 5, Nr. 7 und 8, Artikel 8 Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5, Nr. 9, Nr. 15 bis 18, Nr. 19 Buchstabe b, Nr. 21, Nr. 23 bis 26, Nr. 32, Nr. 33, Nr. 35, Nr. 36, Nr. 39, Nr. 43 bis 45, Artikel 9, Artikel 18 Nr. 1 bis 3, Nr. 4 Buchstabe b, Nr. 5 Buchstabe c, Nr. 6 bis 8, Artikel 19 Nr. 3, Nr. 5, Artikel 20 Nr. 1, Nr. 4, Nr. 5, Artikel 21 Nr. 1 bis 6, Nr. 8 bis 14, Artikel 22 Nr. 1 bis 6, Nr. 10 bis 16, Artikel 23 Nr. 1 bis 3, Nr. 5, Artikel 24, 25, Artikel 30 Nr. 4 Buchstabe a, Artikel 33, 37, Artikel 38 Nr. 1, Artikel 41 Nr. 2, Artikel 42 bis 45 treten am 1. Januar 2008 in Kraft.

(6) Artikel 6 Nr. 3 tritt am 1. November 2008 in Kraft.

(7) Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b, Nr. 30, 30a, in Nr. 33 der § 53 Abs. 5 und 6, Nr. 41, Nr. 71 Buchstabe b, Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Nr. 140, Nr. 144 bis 146, Nr. 148, Nr. 152, Nr. 153a, Nr. 155, Nr. 156, Nr. 157 Buchstabe a bis c und e, Nr. 160, Nr. 161, Nr. 163 bis 166, Nr. 168, Nr. 169 Buchstabe a, Nr. 170 bis 173, Nr. 174 Buchstabe a, b und e, Nr. 175, Nr. 177, Nr. 178, Nr. 179 Buchstabe a bis c, Nr. 180 Buchstabe a, Nr. 181 Buchstabe d, Nr. 182, Artikel 2 Nr. 28 bis 30, Artikel 4, Artikel 5 Nr. 4, Nr. 6, Artikel 6 Nr. 1 und 2, Artikel 8 Nr. 19 Buchstabe a, Nr. 20, Nr. 27 Buchstabe b, Nr. 30, Nr. 31, Artikel 12, Artikel 14, Artikel 15 Nr. 7, Nr. 12, Nr. 16 Buchstabe b, Nr. 20 Buchstabe b bis d, Nr. 21 Buchstabe b, Nr. 22, Nr. 25, Nr. 26, Nr. 28 bis 30, Artikel 16, 17, 26 bis 29 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

(8) Artikel 5 Nr. 3 tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Berlin, den 24. Oktober 2006

Volker Kauder, Dr. Peter Ramsauer und Fraktion
Dr. Peter Struck und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Zur Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen bietet eine Patientenversorgung auf hohem Niveau. Mit seiner Innovationskraft ist es zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass

– die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt,

– die Qualität der Versorgung erheblich variiert und

– Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Auch angesichts großer Herausforderungen – insbesondere des demographischen Wandels, der Entdeckung neuer Krankheiten und damit neuer Behandlungsnotwendigkeiten sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts – muss das Gesundheitswesen weiterentwickelt werden. Das gilt sowohl für die Finanzierungsseite als auch für die Angebotsstrukturen des Systems. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland weiter zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich.

Vor diesem Hintergrund bedarf es in Fortsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes weiterer tiefgreifender Reformen unseres Gesundheitswesens. Dabei muss eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmeseite im Gesundheitswesen gleichzeitig verbunden sein mit einer Reform auf der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden.

2. Das GKV-Modernisierungsgesetz als Wegbereiter weiterer Reformen

Bereits das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Es hat

– die Qualität und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht,

– die Stellung der Patienten im Gesundheitssystem gestärkt,

– die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert und

– den Wettbewerb der Leistungserbringer ausgeweitet.

Die Praxisgebühr hat die erwünschten Steuerungsfunktionen entfaltet. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke können die Qualität der Versorgung verbessern. Mit Medizinischen Versorgungszentren wurden neue ambulante Versorgungsformen bundesweit zugelassen.

Das GMG hat einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Nettoverschuldung, die Ende 2003 saldiert bei über 6 Mrd. Euro lag, konnte saldiert bis Ende 2005 nahezu vollständig abgebaut werden. Allerdings wiesen noch immer 81 Krankenkassen mit mehr als der Hälfte aller Versicherten Schulden auf, die bis Ende 2007 vollständig abgetragen werden müssen.

3. Grundlegende Ziele der anstehenden Gesundheitsreform

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Gesundheitssystem auf allen Ebenen neu strukturiert und wettbewerblicher ausgerichtet. Damit werden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellung für eine künftige Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassen- und auf Leistungserbringerseite sowie Straffung der Institutionen,
- Entbürokratisierung und Vergrößerung der Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV sowie künftige Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Ausweitung der Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten in der privaten Krankenversicherung.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt damit die mit dem GMG eingeleitete Gesundheitspolitik in Richtung

– Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten,

– Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern,

– Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen sowie

– Verminderung des bürokratischen Aufwands

konsequent fort.

4. Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule des Gesundheitswesens

Ein weiteres wichtiges gesundheitspolitisches Ziel ist der Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung. Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung werden ein Präventionsgesetz erarbeiten, mit dem Kooperation und Koordination sowie die Qualität der Maßnahmen Sozialversicherungsträger und -zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert und an Präventionszielen ausgerichtet werden.

Wichtige Elemente einer Verbesserung der Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung sind bereits in diesem Gesetz enthalten. So wird die Selbsthilfe und die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt und Schutzimpfungen werden als Pflichtleistungen der Krankenkassen verankert.

5. Reform der Pflegeversicherung

Neben der GKV-Reform und der Schaffung eines eigenständigen Präventionsgesetzes wird die Bundesregierung die notwendige Fortentwicklung der Pflegeversicherung angehen. Die Pflegeversicherung hat ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht und hilft mit ihren Leistungen den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, die Pflege besser zu meistern. Damit dies angesichts der demografischen Entwicklung so bleibt, wird auch die Pflegeversicherung grundlegend reformiert.

Vorab sind in der GKV-Reform Regelungen zum Abbau von Schnittstellen zwischen den beiden Leistungssystemen vorgesehen. Diese Neuregelungen kommen den pflegebedürftigen Menschen ebenso zugute wie die zugleich vorgesehenen Leistungsverbesserungen. Dies gilt etwa für die Verankerung eines Anspruches auf geriatrische Rehabilitation und die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung sowie die neue spezialisierte Palliativversorgung oder für Verbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung und der häuslichen Krankenpflege.

In der Pflegeversicherung wurde für viele Regelungsbereiche der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ verankert. Dies gilt etwa für das Mitgliedschaftsrecht, das Beitragsrecht oder das Organisationsrecht. Dieser Grundsatz hat sich bewährt. Daher ist es erforderlich, eine Vielzahl von Vorgaben der GKV-Reform für die Krankenversicherung bereits jetzt und nicht erst in der Pflegereform in das Recht der Pflegeversicherung zu übernehmen. Dadurch werden absehbare Probleme und zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der den Krankenkassen obliegenden Durchführung der Pflegeversicherung vermieden, die bei einer Rechtszersplitterung zu befürchten sind.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Strukturen des Gesundheitswesens auf allen Ebenen modernisiert und neu geordnet. Wesentliche Schwerpunkte sind:

– Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und stärker wettbewerblich ausgestaltet. Dies wird erreicht u. a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von neuen Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.

– Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds werden die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten wird eingeleitet.

– Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird fortgeführt und ausgebaut. Durch die teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.

– Durch die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV und die Schaffung eines PKV-Basistarifs werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten in der privaten Krankenversicherung ausgeweitet.

1. Absicherung im Krankheitsfall für alle – mehr Wahlmöglichkeiten und neue Leistungen für GKV-Versicherte

Für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall wird es künftig einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung geben. Der Umfang des bestehenden Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt im Wesentlichen bestehen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird in allen Bereichen und auf allen Ebenen innerhalb klarer, verlässlicher Regeln der Wettbewerb intensiviert, um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Zugleich erhalten die Versicherten durch mehr Wettbewerb und mehr Transparenz künftig noch stärkere Wahlmöglichkeiten. So kann bei Wahrung des sozialen Schutzes gleichzeitig auch mehr Individualität verwirklicht und eine am jeweiligen Bedarf orientierte medizinische Versorgung weiter gefördert werden. In bestimmten Bereichen wie z. B. der Palliativversorgung werden neue Leistungen in den Leistungskatalog aufgenommen. Dafür wird in Bereichen, in denen aufgrund medizinisch nichtnotwendiger Eingriffe Behandlungsbedürftigkeit entsteht, mehr Eigenverantwortung eingefordert. Grundsätzlich gilt:

– Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz im Basistarif anzubieten. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind. Die private Krankenversicherung wird hierfür einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten – ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Sie ersetzt den bisherigen, in seiner Wirkung unzureichenden Standardtarif in der privaten Krankenversicherung.

– Versicherte in der GKV haben künftig Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Geriatrische Rehabilitationsleistungen, empfohlene Schutzimpfungen sowie Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden von Satzungs- und Ermessensleistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen überführt. Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt. Bei ambulanter Entbindung in Geburtshäusern wird künftig eine Betriebskostenpauschale gewährt. Die Rahmenbedingungen für Kinderhospize werden verbessert.

– Die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewußtem und eigenverantwortlichem Verhalten wird künftig besonders betont: In Zukunft gilt für chronisch kranke Versicherte nur dann eine reduzierte Zuzahlungs-Belastungsgrenze, wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Für alle bereits heute nach der Chroniker-Regelung begünstigten Versicherten bleibt es bei der reduzierten Belastungsgrenze. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten.

– Mehr Eigenverantwortung wird bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe wie z. B. Komplikationen infolge von Schönheitsoperationen oder Piercing eingefordert. Hier haben die Krankenkassen den Leistungsumfang einzuschränken.

– Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten künftig Wahltarife anzubieten. Hierzu gehören spezielle Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versorgungsformen oder die Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen. Die Krankenkassen können auch fakultative Selbstbehaltstarife in begrenzter Höhe oder einen Kostenerstattungstarif anbieten.

– Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig spezielle Hausarzttarife anbieten. Dabei bleibt für Ärzte und für Versicherte die Teilnahme an entsprechenden Modellen freiwillig.

– Die Möglichkeiten für Versicherte, Kostenerstattung zu wählen, werden flexibilisiert und entbürokratisiert.

– Versicherte können künftig Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die entsprechend zertifiziert sind, eigenständig auswählen. Mehrkosten sind nur dann zu tragen, wenn die Kosten hierfür über die von Vertragseinrichtungen der Krankenkassen hinausgehen.

2. Mehr Wettbewerb der Leistungserbringer durch größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen

Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiter intensiviert. Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung werden so deutlich verbessert. Stärker als bisher wird sich die medizinische Versorgung künftig am Bedarf und an den Interessen der Versicherten orientieren und darauf ausgerichtet sein, heute noch bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen. Die ambulante Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte sowie in besonderen Fällen auf die Behandlung am Krankenhaus. Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patienten werden die Zusammenarbeit der verschiedenen Arztgruppen und die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbessert, die Übergänge erleichtert und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Hierzu können die Krankenkassen stärker als bisher – unter Wahrung des Schutzes vor Diskriminierung und Missbrauch – Einzelverträge abschließen und besondere Vereinbarungen treffen. Mit Blick auf die damit gewollte Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV wird dafür Sorge zu tragen sein, dass ein adäquater wettbewerbsrechtlicher Rahmen zum Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch marktbeherrschender Stellungen greift, der sowohl den Leistungserbringern als auch den Krankenkassen Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung bietet. Für Einzelverträge sind insbesondere folgende Regelungen vorgesehen:

– Künftig können Krankenkassen in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Kassen können solche Verträge allein oder in Kooperation mit anderen Kassen aushandeln. Ärzte können einzeln oder als Gruppe Vertragspartner sein. Vertragspartner können auch Managementgesellschaften sein, wie in der integrierten Versorgung bereits vorher möglich. Das Wettbewerbsfeld der Einzelverträge umfasst die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge).

– Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt und künftig insbesondere im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgebaut. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Bereich wird die Anschubfinanzierung verlängert. Die Pflege wird in die integrierte Versorgung eingebunden. Krankenhäuser können künftig – ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein – im Rahmen der integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V ambulant erbringen.

– Die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen, zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird

darüber hinaus durch die Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder vorangetrieben.

Diese Maßnahmen bilden zusammen mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems und den im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgesehenen Regelungen zur Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts die Grundlage dafür, die Bedarfszulassung im Sinne von Zulassungssperren zu einem späteren Zeitpunkt abzulösen und künftig auf eine Versorgungsplanung zu konzentrieren, die auch sektorenübergreifend sein sollte.

In der zahnärztlichen Versorgung wird die Bedarfszulassung bereits mit diesem Gesetz abgeschafft.

3. Neues Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich beginnend mit dem Jahr 2006 konnte von der dafür zuständigen gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nicht umgesetzt werden. Deshalb wird das ärztliche Vergütungssystem vereinfacht und die Transparenz deutlich erhöht. Ärzte erhalten weitgehende Kalkulationssicherheit, weil sie – anders als heute – im Voraus wissen, wie hoch die Vergütung der erbrachten Leistungen ist. Konkret ist insbesondere vorgesehen:

– Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird abgelöst durch eine Euro-Gebührenordnung. Diese wird – für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich nach unterschiedlichen Kriterien entwickelt – Pauschalvergütungen in Kombination mit einer überschaubaren Zahl von Einzelleistungsvergütungen vorsehen. Abstaffelungsregelungen sorgen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung.

– Für die Erbringung besonders qualifizierter Leistungen sind Honorarzuschläge in der Euro-Gebührenordnung vorzusehen.

– Mit dem neuen Vergütungssystem wird das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen. Die bisherige Budgetierung, die an die Grundlohnsumme anknüpft, wird abgeschafft. Die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung sind künftig an der Morbidität der Versicherten orientiert, d. h. für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, ist von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung zu stellen.

– Die Kosten- und Mengensteuerung erfolgt durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen im künftigen Vergütungssystem.

– Zum Abbau von Über- und Unterversorgung werden künftig finanzielle Anreize bei der Ausgestaltung der Euro-Gebührenordnung vorgesehen.

– Um die Vergütungsreform zu erarbeiten, wird die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen im Bewertungsausschuss durch ein neutrales professionelles Institut unterstützt.

4. Mehr Wettbewerb, mehr Qualität, mehr Effizienz in der Arzneimittelversorgung

Die Kosten für die Arzneimittelversorgung sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten stärker angestiegen als die Einnahmen der GKV und die Ausgaben anderer Leistungsbereiche. Trotz vielfältiger Steuerungsversuche, Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen konnte diese Dynamik nicht gebremst werden. Maßgeblich hierfür ist unter anderem die zunehmende Zahl von Verordnungen teurer Arzneimittel, deren therapeutischer Zusatznutzen nicht für alle Patienten erwiesen ist. Deshalb wird die Arzneimittelversorgung mit diesem Gesetz insgesamt deutlich wettbewerblicher ausgerichtet; damit werden die Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung weiter erhöht.

Bereits durch das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung haben die Krankenkassen neue Möglichkeiten erhalten, mit pharmazeutischen Unternehmern spezielle Vereinbarungen zu treffen. Die Maßnahmen dieses Gesetzes führen diesen Weg fort, beziehen Apotheker mit ein und bereiten so den Weg für mehr Flexibilität, mehr Effizienz und mehr Qualität.

– Arzneimittel-Preise sind künftig keine Fest- sondern Höchstpreise, die jeweils unterschritten werden können. Die Einsparungen hieraus sollen den Kostenträgern und Endverbrauchern zugute kommen. Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers können von diesem nur mit den Krankenkassen in Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbart werden. Apotheken können an diesen Verträgen beteiligt werden und in eigener Initiative entsprechende Verträge in den Fällen schließen, in denen die Krankenkasse nicht tätig wird. Für die Abgabe von Generika können die Krankenkassen mit den Apotheken auch Zielpreisvereinbarungen treffen mit der Folge, dass die Apotheken im Rahmen der Zielpreisvereinbarungen die Generika zur Abgabe selbst auswählen. Die Arzneimittelpreisverordnung wird auf Höchstpreise umgestellt. Die Apotheken können somit bei der Abrechnung von Arzneimitteln mit den Krankenkassen oder bei der Abgabe an ihre Kunden auf einen Teil ihrer Marge verzichten; dies entscheidet jede einzelne Apotheke selbst.

– Es wird ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende Preisverhandlungen gesetzt: Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken in den ersten 12 Monaten nach dem Inkrafttreten dieser Vorschrift nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Mio. Euro erzielt, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Apothekenrabatt.

– Die Möglichkeiten zur kostensparenden Versorgung mit Einzeldosen von Arzneimitteln werden verbessert. Die Abgabe einzelner Tabletten aus Großgebinden durch Apotheken wird erleichtert.

– Für neue Arzneimittel sollen die Mehrkosten nicht höher sein als ihr zusätzlicher Nutzen. Daher wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Dabei sollen auch andere Behandlungsformen berücksichtigt werden. Dies schafft eine angemessene Grundlage für die Bestimmung der Erstattungshöhe und für Preisverhandlungen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist keine zusätzliche Voraussetzung zur Zulassung.

– Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln, insbesondere bio- und gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und Diagnostika muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die Anforderungen an die Qualifikation dieser Ärzte werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen festgelegt. Damit wird ein gezielter, indikationsgerechter Einsatz dieser Präparate und eine bewusste Verlaufskontrolle gewährleistet. Dies fördert eine rationale Arzneimitteltherapie, gewährleistet einen optimalen Einsatz der Ressourcen und verbessert die Patientensicherheit. Die freie Arztwahl bleibt erhalten.

– Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf einschlägige Fälle von Ressourcenverschwendung konzentriert. Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.

– In Gemeinschaftseinrichtungen wie z. B. Hospizen und Pflegeheimen, die Arzneimittel zentral lagern, dürfen künftig nicht genutzte Betäubungsmittel für andere Patienten verordnet werden.

5. Verstärkter Preiswettbewerb im Heil- und Hilfsmittelbereich

Durch die Weiterentwicklung der Vorschriften zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln wird insbesondere der Preis- und Qualitätswettbewerb intensiviert.

– Der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Heilmittelversorgung wird durch eine weitere Flexibilisierung des Vertragsgeschehens gestärkt.

– Die Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung sollen einen verstärkten Vertrags- und Preiswettbewerb bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität fördern. Den Krankenkassen werden erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Insbesondere durch Ausschreibungen können Einsparungen bei den Leistungsausgaben in relevanter Größenordnung erreicht werden. Die bisherige Zulassung der Leistungserbringer entfällt; künftig soll die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen.

– Die Vorschriften zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel werden weiterentwickelt, um die Wirksamkeit dieses Instruments weiter zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu sichern. Darüber hinaus werden die Mitwirkungsrechte der Hersteller im Rahmen der Hilfsmittelversorgung gestärkt, die Transparenz verbessert, bürokratische Belastungen abgebaut sowie einige notwendige Klarstellungen vorgenommen.

6. Ausgabensenkung bei Fahrkosten

Um den überproportionalen Anstieg der Krankenkassenausgaben im Bereich der Fahrkosten zu kompensieren, werden Ausgabenabschläge in Höhe von 3 v. H. vorgenommen, in die auch die Rettungsfahrten einbezogen werden.

7. Einbeziehung des stationären Bereichs

Ab dem Jahr 2003 ist in den Akutkrankenhäusern ein leistungsorientiertes Fallpauschalensystem (DRGs) für die Vergütung der stationären Leistungen eingeführt worden. Seit dem Jahr 2005 werden die heute noch sehr unterschiedlichen Krankenhausbudgets schrittweise an ein landeseinheitliches Preisniveau herangeführt. Dieser Prozess wird erst Ende 2008 abgeschlossen sein und führt zu erheblichen Veränderungen der Krankenhausversorgung. So bewirken verkürzte Liegezeiten der Patienten im Krankenhaus eine zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich. Auch Zahl und Struktur der Krankenhäuser verändern sich. Rechtzeitig vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Dabei ist auch zu klären, wie innerhalb eines später noch zu definierenden Zeitraums der Umstieg von der dualen zur monistischen Finanzierung gestaltet werden kann. Hierüber wird zu gegebener Zeit zu entscheiden sein. Mit dem vorliegenden Gesetz werden folgende Weichenstellungen vorgenommen:

– Die Umsetzung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird durch Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder vorangetrieben. Dadurch wird eine verbesserte Umsetzung der Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung erreicht.

– In der integrierten Versorgung werden Krankenhäuser stärker als bisher für die ambulante Versorgung geöffnet. Krankenhäuser können künftig im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen, Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen, unabhängig davon, ob ein Vertragsarzt an der integrierten Versorgung teilnimmt und einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringt.

– Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der GKV, der in den Jahren 2005 und im ersten Halbjahr 2006 überproportionale Ausgabenzuwächse aufweist, angemessen an der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen, werden sie zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen herangezogen. Hierzu sind folgende Maßnahmen vorgesehen: Kürzung der Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Personen, Absenkung der Mindererlösquote der Krankenhäuser von bisher 40 auf 20 Prozent sowie Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.

– Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, bei Patienten bei deren Behandlung extreme Kostenunterdeckungen entstehen, vertiefte Prüfungen bei der Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems durchzuführen.

– Als Beitrag zum Bürokratieabbau wird die übermäßige Nutzung der Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst bei der Abrechnung von stationären Fällen eingedämmt. Durch die Einführung einer sechswöchigen Frist und einer Aufwandspauschale werden Anreize für ein zielorientierteres und zügigeres Prüfverfahren gesetzt.

8. Maßnahmen zur Überwindung der Probleme an Schnittstellen

Die Schnittstellenproblematik zwischen den Versorgungsbereichen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege führt häufig dazu, dass Patienten nicht optimal versorgt werden: Behandlungsabläufe werden unterbrochen, Finanzmittel werden verschwendet. Daher enthält das Gesetz gezielte Maßnahmen, um die Schnittstellenproblematik zu überwinden und Patienten einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu ermöglichen, ohne unnötige Wartezeiten und Pausen der Behandlung. Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

– Ein Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird eingeführt und damit die palliativmedizinische Versorgung in der GKV deutlich verbessert. Der Leistungsanspruch umfasst neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen – bei Bedarf rund um die Uhr – auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen.

– Die Leistungsangebote werden besser vernetzt. Künftig ist ein verbessertes Entlassmanagement vorgesehen. Bei Entlassung aus Krankenhäusern muss eine sachgerechte Anschlussversorgung sichergestellt werden.

– Bei häuslicher Krankenpflege werden besondere Lebensumstände stärker berücksichtigt: Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.

– Es wird sichergestellt, dass Patienten notwendige Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlechterung bei bestehender Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten.

– Bezüglich der Hilfsmittelversorgung schwerstbehinderter Versicherter wird eine Klarstellung der Regelung zur Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen.

– Die Voraussetzungen, damit sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer überprüft werden kann, werden geschaffen.

– Die medizinische Behandlungspflege bleibt auf Dauer Leistung der Pflegeversicherung.

9. Grundlegende Reform und Neuordnung der Institutionen

Die Institutionen des Gesundheitswesens werden mit diesem Gesetz neu geordnet, damit sie ihre Aufgaben und Funktionen in einem stärker wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen besser erfüllen können. Insbesondere ist vorgesehen:

– Alle Krankenkassen werden zum 1. Januar 2009 geöffnet. Für geschlossene Betriebskrankenkassen gilt eine Ausnahmeregelung.

– Die Bundesknappschaft und die Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt. Leistungs- und organisationsrechtliche Beschränkungen und Privilegien dieser Kassenarten werden aufgehoben.

– Jede Kasse soll auch außerhalb ihres Erstreckungsgebietes z. B. durch Kooperationen sicherstellen, dass ihre Versicherten auch über die kollektivvertraglich vereinbarte Regelversorgung hinaus besondere Versorgungsformen in Anspruch nehmen können.

– Es werden kassenartenübergreifende Fusionen ab 1. April 2007 ermöglicht, um den Prozess der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten der Krankenkassen und der Angleichung der Wettbewerbsebenen zu beschleunigen. Die Krankenkassen werden hierdurch in die Lage versetzt, den gestiegenen Anforderungen an die Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden.

– Zur Straffung der Entscheidungswege und zur Vermeidung von Handlungsblockaden bilden Krankenkassen künftig auf Bundesebene einen Spitzenverband. Der Spitzenverband vertritt alle Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. So vertritt der Spitzenverband künftig im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen und schließt alle nicht wettbewerblichen Verträge mit den Leistungserbringern. Auf Landesebene bleibt es für die Primärkassen bei der bisherigen Verbändestruktur. Da die Ersatzkassen schon bislang keine Landesverbände hatten, und ihre Verbände auf Bundesebene vergleichbar mit den übrigen Bundesverbänden die Eigenschaft als „Beliehene“ mit hoheitlichen Aufgaben und entsprechenden Eingriffsbefugnissen verlieren, werden die Ersatzkassen selbst auf Landesebene als Verhandlungs- und Vertragspartner beim Abschluss von Verträgen wie aber auch als Beteiligte bei sonstigen Maßnahmen und Entscheidungen benannt. Den Ersatzkassen ist es aber unbenommen, auch in Zukunft dem VdAK/AEV weitere Aufgaben, wie z. B. auch die Führung von Vertragsverhandlungen für Krankenkassen zu übertragen.

– Wettbewerbliche Aufgaben werden von den Krankenkassen oder deren Verbänden wahrgenommen. Hier erhalten Kassen oder ihre Verbände volle Vertragsfreiheit und damit neue Wettbewerbsfelder. Das gilt für die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge) als Einzelverträge ohne obligatorische Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, für Integrationsverträge sowie für Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken.

– Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden künftig auch weisungsunabhängige Hauptamtliche, die von Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung benannt werden, vertreten sein. Das Gremium setzt sich in Zukunft damit aus sechs hauptamtlichen und drei ehrenamtlichen unparteiischen Mitgliedern zusammen. Die Amtszeit der Hauptamtlichen wird auf zwei Amtsperioden begrenzt. Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses wird insbesondere durch eine stärker sektorenübergreifend ausgerichtete Organisation der Gremien gestrafft und transparenter gestaltet. Die Stellung der Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird durch erweiterte Möglichkeiten zur Konfliktlösung und Antragsrechte zur Einleitung des Bewertungsverfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gestärkt.

– Die Aufgaben und Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden angepasst an die neuen Möglichkei-

ten der Krankenkassen zum Abschluss gesonderter Verträge außerhalb des Kollektivvertragssystems und der Sicherstellungsauftrag dementsprechend eingeschränkt.

– Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen wird in Organisation, Aufgaben und Finanzierung dem neuen wettbewerblichen Ordnungsrahmen angepasst. Es werden neue Wege für die Nutzerfinanzierung und die Wahl verschiedener medizinischer Dienste und anderer medizinischer Gutachterdienste ermöglicht.

10. Weniger Bürokratie – mehr Transparenz

Auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wird Bürokratie abgebaut. Gleichzeitig entsteht mehr Transparenz für alle Beteiligten. Zu den zahlreichen Maßnahmen in diesem Bereich gehören insbesondere:

– Schaffung des neuen Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung

– Verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer

– Verbesserte Transparenz der Entscheidungen in den Selbstverwaltungsgremien

– Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser

– Vereinfachte Wirtschaftlichkeitsprüfungen

– Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen

– Schaffung einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs)

– Vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs.

11. Mehr Effizienz und Transparenz durch Einrichtung eines Gesundheitsfonds

Die Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit diesem Gesetz auf eine neue Grundlage gestellt: Es wird ein Gesundheitsfonds eingerichtet. Dies garantiert eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird deutlich intensiviert. Die Krankenkassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge ihrer Mitglieder und der Arbeitgeber. Die Krankenkassen können sich vielmehr in Zukunft im Wettbewerb darauf konzentrieren, ihren Versicherten möglichst zielgenaue, qualitätsgestützte und effiziente Versorgungsformen und -tarife anzubieten. Versicherte verfügen künftig über klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Kasse. Durch den Fonds werden die Krankenkassen gezwungen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um ihre Versicherten halten zu können. Bis Ende 2007 und damit vor Einführung des Gesundheitsfonds müssen sich heute noch verschuldete Kassen entschulden.

Konkret wird geregelt:

– Es wird ab 2009 ein Gesundheitsfonds eingerichtet. Hierzu werden die bestehenden Strukturen beim Bundesversicherungsamt genutzt. Dies bedeutet, dass kein bürokratischer Mehraufwand entsteht.

– Die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden per Rechtsverordnung festgelegt, dabei enthält der Arbeitnehmerbeitrag auch den heutigen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Die Verteilung der Beitragslast entspricht dem heutigen Niveau.

– In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzmitteln gestartet; bis Ende 2007 und damit vor dem Start des neuen Modells müssen die Kassen daher entschuldet sein.

– Der Beitragseinzug bleibt bei den Krankenkassen. Arbeitgeber haben ab dem Jahr 2011 die zusätzliche Möglichkeit, durch Entrichtung der Beiträge an kassenartenübergreifende Weiterleitungsstellen ihren Verwaltungsaufwand zu reduzieren.

– Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Kassen künftig für ihre Versicherten neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Das bisherige Verfahren des Risikostrukturausgleichs wird durch den Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht. Durch die einheitliche Finanzierung aller Krankenkassen über den Gesundheitsfonds entfällt eine Differenzierung in Zahler- und Empfängerkassen. Zugleich wird der Einkommensausgleich auf 100 Prozent vervollständigt und die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Fonds werden zielgenauer auf die unterschiedlichen Risiken der Versicherten (wie z. B. Alter, Krankheit, Geschlecht) der verschiedenen Kassen ausgerichtet. Zu diesem Zweck wird insbesondere die unterschiedlich zwischen den Krankenkassen verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten berücksichtigt, indem für 50 bis 80 insbesondere schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

  Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt, binnen derer unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen der Kassen angeglichen werden.

  In dieser Konvergenzphase werden unterschiedliche Belastungen durch die Verteilungsmechanismen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. Euro (bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen) angeglichen. Dieser Höchstangleichungsbetrag von 100 Mio. Euro wird jeweils auf das Land mit der höchsten absoluten Belastung (Referenzland) bezogen, hiervon abgeleitet werden die Ausgleichsbeträge der anderen Länder jeweils im Verhältnis der Belastungen zum absoluten Wert des Referenzlandes ermittelt.

Die zugrunde zu legenden länderspezifischen Belastungswirkungen werden durch ein Gutachten ermittelt.

– Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Die Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und das Angebot von Kosten sparenden Tarifen für Versicherte ist hier von Bedeutung. Reicht dies nicht

aus, haben Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Davon abweichend wird der Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von monatlich 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben. Erwirtschaften Kassen Überschüsse, können sie diese – sofern sie über ausreichende Finanzreserven verfügen – an ihre Versicherten ausschütten.

– Im Startjahr sollen die Finanzmittel, die über die Beitragseinnahmen und die zusätzlichen Steuermittel in den Fonds fließen, ausreichen, um die zu erwartenden Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken. Zudem soll zeitlich gestreckt eine Liquiditätsreserve aufgebaut werden. Sollte die Liquiditätsreserve nicht ausreichen, ist eine rückzuzahlende Liquiditätshilfe des Bundes vorgesehen.

– Aus dem Fonds müssen mindestens 95 Prozent der Ausgaben bestritten werden. Der gesetzlich festgelegte Anpassungsprozess sieht vor, dass unvermeidbare Kostensteigerungen durch medizinischen Fortschritt und demographische Entwicklung zunächst über den vereinbarten anwachsenden Steuerzuschuss getragen werden, darüber hinausgehend von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen.

12. Mehr gesamtgesellschaftliche Solidarität durch Steuerzuschüsse

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt auch heute noch eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind Fortführung und Ausbau der teilweisen Finanzierung der eingangs beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel. Damit wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig gelingt es, in der GKV gesamtgesellschaftliche Solidarität zu verwirklichen.

– Im Haushaltsjahr 2008 soll ein Zuschuss aus Haushaltsmitteln in Höhe von 1,5 Mrd. Euro über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen gezahlt werden. Im Jahr 2009 soll ein Bundeszuschuss in Höhe von 3 Mrd. Euro aus Haushaltsmitteln in den Gesundheitsfonds fließen.

– Der Bundeszuschuss soll in den Folgejahren weiter ansteigen. Die Sicherung der Finanzierung erfolgt in der nächsten Legislaturperiode.

13. Wettbewerb innerhalb der PKV und zwischen GKV und PKV

Die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird verändert. Das spezifische Geschäftsmodell der PKV, das durch geschlechts- und altersbezogene Beiträge sowie die Bildung einer Alterungsrückstellung gekennzeichnet ist, bleibt erhalten. Durch die Portabilität der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (PKV) im Umfang des Basistarifs sowie die Schaffung eines Basistarifs in der privaten Versicherung werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert. Dazu sieht der Entwurf im Einzelnen folgende Regelungen vor:

– Alle Unternehmen der PKV bieten künftig einen Basistarif an, der sich am Leistungsumfang der GKV orientiert. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich. Der Inhalt wird durch eine Verweisung auf die Pflichtleistungen der GKV definiert.

– Der Basistarif tritt neben die bestehenden Tarife. Der Basistarif kann mit Zusatzversicherungen desselben oder eines anderen PKV-Unternehmens kombiniert werden. Ein Wechsel in einen der anderen Tarife ist möglich.

– Jeder PKV-Versicherte, freiwillig GKV-Versicherte und alle Nichtversicherten, die vormals in der PKV versichert waren oder systematisch der PKV zuzuordnen sind, können in den Basistarif wechseln. Es gelten ein Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung; um eine nicht behebbare Risikoselektion zu verhindern, wird ein branchenweiter Risikoausgleich eingeführt.

– Die Alterungsrückstellung des Basistarifs wird beim Wechsel zwischen PKV-Unternehmen übertragen (Portabilität), eine Auszahlung scheidet aus. Für Versicherungsnehmer, die aus einem anderen Tarif in einen Vollversicherungstarif bei einem anderen PKV-Unternehmen wechseln, wird die vorhandene Alterungsrückstellung höchstens in der Höhe übertragen, die dem Leistungsniveau des Basistarifs entspricht.

– Der Beitrag für den Basistarif wird der Höhe nach begrenzt; um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

– Voraussetzung für einen Wechsel freiwillig gesetzlich krankenversicherter Arbeitnehmer zur PKV ist künftig, dass ihr Arbeitsentgelt in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat. Diese Regelung tritt rückwirkend zum Tag der ersten Lesung in Kraft.

14. Auswirkungen von Gesetzen auf die GKV

Nach den vom Bundeskabinett am 12. Juli 2006 beschlossenen Eckpunkten für eine Gesundheitsreform 2006 müssen finanzwirksame Leistungen, die durch Entscheidungen oder Maßnahmen Dritter zu Lasten der GKV beschlossen werden, künftig besonders ausgewiesen werden (z. B. in Gesetzentwürfen). Das Bundesministerium des Innern wird diese Vorgabe bei der Novellierung der Gemeinsamen Geschäftsordnung berücksichtigen. Bei künftigen Gesetzentwürfen der Ressorts sind somit die Auswirkungen auf die Einnahmen und Ausgaben (Brutto) der öffentlichen Haushalte einschließlich der Sozialversicherungshaushalte und einschließlich der voraussichtlichen vollzugsbedingten Auswirkungen darzustellen.

III. Gesetzgebungskompetenz/Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen stützt sich auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die im Krankenhausbereich vorgesehenen Maßnahmen stützt sich auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19a GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, vor allem aber der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Abs. 2 GG).

Dies gilt für folgende Änderungen: Finanzierung der Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an Stichprobenkalkulationen aus den Mitteln des DRG-System-Zuschlages, Vergütung für die Behandlung extra teurer Patienten zur Vermeidung von Kostenunterdeckungen im DRG-System, Regelung zur MDK-Stichprobenprüfung von Krankenhausrechnungen, Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Auswertung und Veröffentlichung der DRG-Leistungsdaten der Krankenhäuser durch das Statistische Bundesamt, Kürzung der Rechnungen der Krankenhäuser für die voll- und teilstationären Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, Absenkung der Mindererlösausgleichsquote, Zulässigkeit einer technisch bedingten Überschreitung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bei der Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts.

Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich. Dementsprechend müssen auch die für alle Krankenhäuser geltenden Rahmenbedingungen im Interesse eines einheitlichen Standards der akutstationären Versorgung der Bevölkerung bundesweit einheitlich geändert werden. Die genannten Regelungen enthalten notwendige Modifikationen. Die gesamten bundeseinheitlichen krankenhausfinanzierungsrechtlichen Regelungen sind nach wie vor zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit erforderlich.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelung zur privaten Krankenversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 11 des Grundgesetzes (konkurrierende Gesetzgebung). Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist gemäß Artikel 72 Abs. 2 des Grundgesetzes zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die privaten Krankenversicherungsunternehmen ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich undenkbar.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Öffnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für Versicherte außerhalb des Bergbaus (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a), die erforderlich geworden ist, da künftig nicht nur Bergleute die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Krankenversicherungsträger wählen können.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen haben auch in Zukunft den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Zwar legen sie nicht mehr selbst den allgemeinen Beitragssatz fest. Dieser wird künftig per Rechtsverordnung normiert. Allerdings haben Verträge mit Leistungserbringern auch künftig Auswirkungen auf die Balance zwischen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen. Zur Vermeidung überhöhter Ausgaben müssen die Krankenkassen deshalb weiterhin die Beitragssatzstabilität im Auge behalten sowohl hinsichtlich des allgemeinen Beitragssatzes als auch hinsichtlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

Zu Nummer 1a (§ 4a)

Durch die in den §§ 266, 267 und 269 enthaltenen Verfahrensregelungen sowie durch die auf der Grundlage der Verordnungsermächtigungen in den § 266 Abs. 7 und § 269 Abs. 4 ergangenen Verfahrensregelungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden insbesondere die Fristen, der Weg und die Form für die Übermittlung der für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools erforderlichen Daten durch die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt geregelt. Darüber hinaus können die Spitzenverbände der Krankenkassen für die einzelnen Krankenkassen verbindliche Vorgaben für das Stichprobenverfahren vereinbaren, soweit Daten als Stichproben zu erheben sind. Schließlich kann das Bundesversicherungsamt verbindliche Vorgaben für die Erhebung der Stichproben für die Prüfung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools sowie für die Übermittlung der Prüfergebnisse festlegen.

Diese Verfahrensregelungen müssen sowohl auf bundes- als auch auf landesunmittelbare Krankenkassen einheitlich Anwendung finden. Abweichungen von den diesbezüglichen einheitlichen Vorgaben würden nicht nur das Verfahren der Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools durch das Bundesversicherungsamt erschweren bzw. dieses undurchführbar machen, sondern könnten auch Auswirkungen auf die Höhe der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen haben.

Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools muss das Bundesversicherungsamt in sehr kurzer Zeit große Datenmengen annehmen und verarbeiten. Hierfür ist es zwingend erforderlich, dass diese Daten von allen Krankenkassen zum gleichen Zeitpunkt, in der gleichen Qualität und in der gleichen technischen Aufbereitung dem Bundesversicherungsamt übermittelt werden. Selbst geringfügige Abweichungen hiervon können zu erheblichen Störungen der Abläufe beim Bundesversicherungsamt führen, die eine fristgemäße Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in höchstem Maß gefährden könnten. Aus diesem Grund wird festgelegt, dass Abweichungen von den betroffenen Verfahrensregelungen durch Landesrecht ausgeschlossen sind.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde der Zugang zur Versicherungspflicht als Rentner auf die Perso-

nen beschränkt, die die erforderliche Vorversicherungszeit als Pflichtmitglied oder als Familienversicherter eines Pflichtmitglieds zurückgelegt hatten. Diese Regelung ist vom Bundesverfassungsgericht in den Beschlüssen vom 15. März 2000 (1 BvL 16/96 u. a., BVerfGE 102, 68 ff.) für verfassungswidrig erklärt worden. Da der Gesetzgeber keine verfassungskonforme Neuregelung erlassen hat, ist für den Eintritt der Versicherungspflicht als Rentner seit dem 1. April 2002 entsprechend den o. g. Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts wieder die bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes geltende Rechtslage maßgeblich. Als Rentner versicherungspflichtig wird daher seit diesem Zeitpunkt auch, wer die erforderliche Vorversicherungszeit durch eine freiwillige Mitgliedschaft oder eine von einem freiwilligen Mitglied abgeleitete Familienversicherung erfüllt hat. Diese vom Bundesverfassungsgericht festgestellte Rechtslage wird im Gesetzestext redaktionell nachvollzogen. Die geltende Rechtslage wird hierdurch nicht verändert.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Die Regelung begründet eine Versicherungspflicht für Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sind. Des Weiteren wird eine Versicherungspflicht für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall begründet, die bisher nicht in Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert waren und dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind. Hierdurch wird für diesen Personenkreis das politische Ziel der Koalitionsfraktionen umgesetzt, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll.

Deutschland hat im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern keine Einwohnerversicherung. Vielmehr wird der Schutz im Krankheitsfall in einem pluralistisch gegliederten System gewährt, dessen wesentliche Träger die gesetzliche und die private Krankenversicherung sind. Aufgrund des Fehlens einer umfassenden Versicherungspflicht für alle Einwohner ist nicht ausgeschlossen, dass Personen weder die Zugangsvoraussetzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen, noch die Möglichkeit haben, eine private Krankenversicherung abzuschließen, beziehungsweise den Versicherungsschutz in ihrem bisherigen System – etwa durch die Nichtzahlung der Beiträge oder Prämien – verloren haben. Sofern in diesen Fällen auch kein Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht, müssen sie die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen in voller Höhe aus ihrem Einkommen oder Vermögen selbst tragen.

Die Zahl dieser Menschen, die ohne Absicherung im Krankheitsfall sind, hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. Nach den alle vier Jahre durchgeführten Erhebungen des Statistischen Bundesamts im Rahmen des Mikrozensus ist diese Zahl von geschätzten 105 000 Personen im Jahr 1995 auf über 150 000 Personen im Jahr 1999 und auf 188 000 Personen im Jahr 2003 angestiegen. In einem modernen Sozialstaat ist es jedoch nicht hinnehmbar, dass eine größere Zahl von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall ist. Aus diesem Grund werden diese Personen in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, oder, sofern sie bisher nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sind, sie zu dem Personenkreis gehören, der nach der in den §§ 5 und 6 zum Ausdruck gekommenen gesetzgeberischen Wertentscheidung der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist.

Ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind insbesondere die nicht gesetzlich oder privat krankenversicherten Personen, die keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII, § 48 SGB XII, § 264 SGB V, auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben, die nicht beihilfeberechtigt sind, keinem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören und auch keinen Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen haben. Für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz besteht ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Beihilfeberechtigte Personen, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, werden als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall angesehen. Sie fallen unter die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13, sofern sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Personen, für die aufgrund über- und zwischenstaatlichen Rechts ein Anspruch auf Sachleistungen besteht, verfügen ebenfalls über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Für die beitragspflichtigen Einnahmen der Betroffenen findet aufgrund der Verweisung in § 227 die Regelung des § 240 Anwendung.

Ebenfalls in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden Personen, die nicht zuletzt gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sind, wenn sie zu dem Personenkreis gehören, der seinem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist. Dies gilt daher insbesondere nicht für Beamte, beamtenähnlich abgesicherte Personen sowie für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die nach § 5 Abs. 5 bzw. § 6 Abs. 1 keinen Zugang zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Diese Personen werden der privaten Krankenversicherung zugeordnet. Bei Auslandsrückkehrern, insbesondere solchen im Rentenalter, richtet sich die Zuordnung zur privaten oder zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Status, den sie aufgrund ihrer zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit im Ausland gehabt haben. Bei der Feststellung, ob zuletzt eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung oder keine von diesen Absicherungen im Krankheitsfall bestanden hat, haben die Krankenkassen alle ihnen zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch dieses Gesetz. Da die privaten Krankenversicherungen künftig einen bezahlbaren Basistarif im Umfang des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen anbieten müssen, die privat krankenversichert sind oder sein können, erscheint es nicht länger erforderlich, Arbeitslosengeld-II-Bezieher auch dann in die

Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren. Gleiches gilt für die Personen, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist. Die Regelung dient damit auch einer gleichmäßigeren Lastenverteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Zu Buchstabe c

Satz 1 regelt die Subsidiarität der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 gegenüber den anderen Absicherungen im Krankheitsfall nach dem SGB V. Mit der Regelung in Satz 2 wird erreicht, dass der Sozialhilfeträger weiterhin für die Krankenbehandlung der Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches oder von laufenden Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes zuständig bleibt.

Zu Buchstabe d

Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 gilt gemäß § 3 Nr. 2 SGB IV für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Die Definition dieser beiden Begriffe findet sich in § 30 Abs. 3 SGB I vorbehaltlich abweichender Regelungen (§ 37 SGB I). Von dieser Möglichkeit einer gesonderten Regelung wird durch das Abstellen auf das Vorliegen einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten für Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, Gebrauch gemacht, um hier eine für die gesetzlichen Krankenkassen möglichst leicht handhabbare Feststellung dieser Voraussetzungen zu erhalten und Missbrauch weitestgehend auszuschließen. Ein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 ist jedoch nicht geboten in den Fällen, in denen die Ausländer gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes verpflichtet sind dafür zu sorgen, dass ihr Lebensunterhalt einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel sichergestellt ist. Sie verfügen insoweit über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Für Staatsangehörige der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz gilt gemäß § 30 Abs. 3, § 37 SGB I in Verbindung mit § 3 Nr. 2 und § 6 SGB IV der Wohnortbegriff des Artikels 1 Buchstabe h der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. Danach ist Wohnort der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts. Sonderregelungen zum Wohnort sind für diese Personengruppen europarechtlich ausgeschlossen. Satz 2 regelt für nichterwerbstätige Angehörige der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz mit Wohnort in Deutschland, dass die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 entfällt, solange sie nach dem Recht der Europäischen Union oder nach dem Personenfreizügigkeitsabkommen der Europäischen Union mit der Schweiz über einen Krankenversicherungsschutz verfügen müssen. Satz 3 schließt Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die ausnahmsweise eine Aufenthaltserlaubnis besitzen und deren Anspruch nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt wegen eigenen Einkommens oder Vermögens nach § 7 dieses Gesetzes ruht, entsprechend auch von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 aus.

Zu Nummer 3 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Zukünftig sind abhängig Beschäftigte erst dann versicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Die Regelung führt zu einer Erschwerung des Wechsels der Betroffenen von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung und trägt damit zur Stärkung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung bei.

In der gesetzlichen Krankenversicherung findet ein umfassender Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien mit Kindern statt. Da die zur Finanzierung eines solchen sozialen Ausgleichs erforderlichen Mittel ersichtlich nicht allein von den typischerweise Begünstigten des Ausgleichs aufgebracht werden können, kann der Gesetzgeber nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts den Kreis der Versicherungspflichtigen so abgrenzen, wie dies für die Begründung und den Erhalt einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist (vgl. etwa BVerfGE 103, 197 (221); 103, 271 (287)).

Die bisherige Regelung, wonach ein Wechsel abhängig Beschäftigter von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung schon dann möglich war, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstieg, hat sich als nicht ausreichend erwiesen, die Funktionsfähigkeit des Solidarausgleichs zu gewährleisten. Personen, die zuvor unter Umständen jahrzehntelang als beitragsfrei Familienversicherte oder als Auszubildende oder Berufsanfänger mit geringem Arbeitsentgelt von den Leistungen der Solidargemeinschaft profitiert haben, können diese Solidargemeinschaft nach geltendem Recht bereits zum Ende des Kalenderjahres verlassen, in dem ihr regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze dieses Jahres und die des Folgejahres übersteigt.

Es ist offensichtlich, dass unter diesen Voraussetzungen ein Gleichgewicht zwischen den Leistungen, die die Solidargemeinschaft für die Betroffenen erbracht hat, und dem Beitrag, den sie für diese Solidargemeinschaft erbringen, nicht hergestellt werden kann. Zur Stärkung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen abhängig Beschäftigte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren übersteigt, bis zum Ablauf des dritten Kalenderjahres weiterhin ihren Solidarbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung leisten. Erst danach können sie sich für eine private Absicherung ihres Krankheitsrisikos entscheiden. Diese Entscheidung ist bei unveränderten Lebensverhältnissen dauerhaft und beendet damit die Solidarität mit den gesetzlich Krankenversicherten.

Die Neuregelung gilt nicht für Arbeitnehmer, die bei Inkrafttreten der Neuregelung freiwillig gesetzlich krankenversichert sind und in diesem Zeitpunkt bereits in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben. Diese Personen können daher eine private Krankenversicherung abschließen, ohne dass ihr Arbeitsentgelt noch einmal nach dem Inkrafttreten für drei Jahre die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten muss. Wird eine versicherungsfreie Beschäftigung dagegen durch das Eintreten von Versicherungspflicht unterbrochen, bevor die Frist von drei Jahren erfüllt ist, beginnt diese Frist bei nachfolgender erneuter Versicherungsfreiheit als Beschäftigter von Neuem zu laufen. Die Regelung gilt für alle Arbeitnehmer, also auch für solche, die zuvor z. B. als Selbständige oder Freiberufler tätig waren.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 5a in § 5 werden Bezieher von Arbeitslosengeld II, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, nicht mehr versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Inhalt des bisherigen Satzes 4 ist daher entbehrlich. Durch die Neuformulierung wird sichergestellt, dass die Regelung des § 6 Abs. 3a über die Erschwerung des Eintritts der Versicherungspflicht für Personen nach Vollendung des 55. Lebensjahres nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt. Dies ist erforderlich, da andernfalls das Ziel, denjenigen, die ihren Krankenversicherungsschutz verloren haben, wieder eine Absicherung im Krankheitsfall zu gewähren, für diesen Personenkreis nicht erreicht würde.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Regelung in Buchstabe a, die den Zeitpunkt des Endes der Versicherungspflicht abhängig Beschäftigter analog zur bisherigen Rechtslage regelt.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Öffnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für Versicherte außerhalb des Bergbaus (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a). Da die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See künftig von allen Versicherten zur Durchführung der Krankenversicherung gewählt werden kann und Bergleute künftig auch andere Krankenkassen als die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wählen können, ist es nicht mehr sachgerecht, dass die Satzung dieser Krankenkasse die Versicherungspflicht auf Beschäftigte im Bergbau erstrecken kann, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6 überschreitet.

Zu Buchstabe e

Die Regelung stellt sicher, dass Arbeitnehmer, die bereits vor dem Tag der ersten Lesung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer Krankheitskostenvollversicherung versichert waren oder vor diesem Stichtag ihre gesetzliche Krankenversicherung gekündigt hatten und beim Wechsel aus der gesetzlichen in die private Krankenversicherung noch nicht in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hatten, aus Gründen des Bestandsschutzes weiterhin versicherungsfrei bleiben. Die Versicherungsfreiheit endet nach den allgemeinen Regeln, wenn ein Tatbestand der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt wird.

Zu Nummer 4 (§ 8)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einfügung des neuen Absatzes 5a in § 5. Da Bezieher von Arbeitslosengeld II, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, nicht mehr versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung werden, ist die Befreiungsmöglichkeit für bisher privat krankenversicherte Arbeitslosengeld-II-Bezieher entbehrlich.

Zu Nummer 5 (§ 9)

Das Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied für Berufsanfänger, die in ihrer ersten Beschäftigung ein Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielen, ist aufgrund der Neuregelung des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern obsolet geworden. Danach sind alle Arbeitnehmer solange versicherungspflichtig, bis ihr Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten hat. Da Berufsanfänger infolgedessen ausnahmslos versicherungspflichtig sind, bedarf es dieses Beitrittsrechts nicht mehr. Nach Ende der dreijährigen Versicherungspflicht sind in jedem Fall die Voraussetzungen für den Beitritt als freiwilliges Mitglied nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erfüllt.

Zu Nummer 6 (§ 10)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Da das Meldeverfahren und die Meldevordrucke für alle Krankenkassen einheitlich zu gestalten sind, ist es sachgerecht, dass die Kompetenz zu deren Festlegung von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den neuen, kassenartenübergreifenden Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergeht.

Zu Nummer 7 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich zugleich erbracht und in Anspruch genommen werden. Dazu gehört auch, dass Leistungserbringer und gesetzliche Krankenkassen durch geeignete Maßnahmen darauf hinwirken, dass Patienten ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglicht wird, um vor allem Pflegebedürftigkeit oder eine baldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. Insbesondere im Zusammenhang mit einer Ent-

lassung aus dem Krankenhaus ist daher ein Versorgungsmanagement einzurichten, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll. Die jeweiligen Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen haben dazu die erforderlichen Informationen auszutauschen und unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherzustellen.

Die Leistungserbringer müssen aber auch unmittelbar den Versicherten die notwendige Unterstützung gewähren und Hilfen vermitteln, die bspw. nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geboten sind. Die Beteiligung des Versicherten am Versorgungsmanagement ist freiwillig und setzt seine vorherige eingehende Unterrichtung voraus. Eine erforderliche Übermittlung von Behandlungsdaten des Versicherten darf nur mit dessen Einwilligung erfolgen.

Vereinbarungen zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche können in Verträgen zur integrierten Versorgung nach den §§ 140a bis 140d getroffen werden. Soweit kein Integrationsvertrag vorliegt oder ein vorliegender Vertrag keine entsprechenden Regelungen enthält bietet sich an, dass das Nähere in zweiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft nach § 112, in dreiseitigen Verträgen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten nach § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen geregelt wird.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 4 (neu).

Zu Nummer 8 (§ 13)

Zu Buchstabe a

In der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Wahlmöglichkeiten für Versicherte erhöht werden.

Bislang war es nur möglich, die Kostenerstattung für alle Behandlungen zu wählen oder alternativ nur auf ambulante Behandlungen zu erstrecken. Die Krankenkasse musste die Versicherten zuvor beraten. Dies erforderte einen erheblichen Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen und nahm den Versicherten die Möglichkeit, für einzelne Behandlungen oder Leistungssektoren die Entscheidung für die Kostenerstattung zu treffen.

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten jetzt die Möglichkeit, im Einzelfall zu entscheiden, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen.

Gleichzeitig entfällt für die gesetzlichen Krankenkassen die Verpflichtung, die Versicherten vor ihrer Entscheidung zu beraten. Die entsprechenden Informationen bleiben den allgemeinen Auskunfts- und Beratungspflichten der gesetzlichen Krankenkassen nach den §§ 13 bis 15 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch vorbehalten.

Sie können frei, individuell und flexibel entscheiden, ob und wann sie von dem Sachleistungsprinzip abweichen und die jeweilige Leistung über Kostenerstattung abrechnen lassen. Die Mindestbindungszeit von einem Jahr entfällt damit.

Die Erleichterungen zur Wahl der Kostenerstattung für Versicherte bedeuten auch eine höhere Verantwortung für Leistungserbringer. Sie dürfen Patienten nicht in die Kostenerstattung drängen. Es ist kein Wahlrecht des Arztes sondern der Versicherten. Den Versicherten müssen auch im Wege der Sachleistungen alle im Leistungskatalog der GKV enthaltenen Leistungen zugänglich sein. Kassenärztliche Vereinigungen haben im Rahmen ihrer Sicherstellungsverpflichtungen gegenüber den Ärzten hierauf hinzuweisen.

Zu beachten ist, dass nach § 85 Abs. 2 Satz 8 Ausgaben der Kassen für Kostenerstattung auf die Gesamtvergütung anzurechnen sind. Damit wird vermieden, dass Kostenerstattungen zu Mehrausgaben bei den Krankenkassen führen. Das Anrechnungsverfahren wird in den Gesamtverträgen geregelt.

Zu Buchstabe b

Der Spitzenverband Bund wird verpflichtet, dem Deutschen Bundestag zwei Jahre nach Inkrafttreten über die Erfahrungen bei der Umsetzung der Neuregelung zu berichten.

Zu Nummer 9 (§ 15)

Wenngleich zur missbräuchlichen Verwendung der Krankenversichertenkarte durch unkontrollierte Mehrfachinanspruchnahme ärztlicher Leistungen („Doktor-hopping“) oder die Nutzung der Karte durch mehrere Personen („Chipkartentourismus, -handel“) keine bundesweiten Untersuchungen und Zahlen vorliegen, dürfte der dadurch den Krankenkassen entstehende Schaden nicht unbeträchtlich sein. Vor diesem Hintergrund verpflichtet die Regelung die Krankenkassen, ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen, wie z. B. der Regelung zum Lichtbild, durch weitere geeignete Maßnahmen einer missbräuchlichen Verwendung der Karte entgegenzuwirken. So können die Krankenkassen z. B. durch möglichst tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen über den Verlust von Karten, die Beendigung des Versicherungsschutzes und Änderungen beim Zuzahlungsstatus in einem Versichertenstammdatendienst wesentlich dazu beitragen, dass die Aktualität der Karte bei der Inanspruchnahme von Leistungen überprüft werden kann.

Zu Nummer 10 (Überschrift Dritter Abschnitt)

Es handelt sich um die notwendige Anpassung der Überschrift an die neuen Regelungen des Dritten Abschnitts des Dritten Kapitels.

Zu Nummer 11 (§ 20)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Ausgliederung der betrieblichen Gesundheitsförderung aus § 20 in die neu zu schaffenden §§ 20a und 20b. Weiter wird der von den Krankenkassen in 2006 zu verausgabende Soll-Betrag für Prävention und Gesundheitsförderung fortgeschrieben.

Zu Buchstabe c

Folgeregelung aus der Ausgliederung der Förderung der Selbsthilfe aus § 20 in den neuen § 20c.

Zu Nummer 12 (§§ 20a bis 20d)

Zu § 20 a

Mit der Vorschrift wird die Regelung über die betriebliche Gesundheitsförderung in dem bisherigen § 20 Abs. 2 Satz 1 weiterentwickelt. Es ist Aufgabe der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung aller Beteiligten Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu müssen insbesondere Maßnahmen getroffen werden, um die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale zu erheben und um Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln zu können. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen, um sie für die notwendigen Schritte gewinnen zu können. Die Konkretisierung der Leistung im Hinblick auf prioritäre Bedarfe, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Methodik soll weiterhin gemeinsam und einheitlich durch die Entwicklung eines Präventionsleitfadens geschehen.

Absatz 2 Satz 1 verpflichtet die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Trägern der Unfallversicherung. Satz 2 betrifft die Zusammenarbeit der Krankenkassen miteinander. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung betreffen regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen und erfordern deshalb eine Kooperation unter den beteiligten Kassen. Vor diesem Hintergrund ermöglicht Satz 2 verschiedene Formen der Zusammenarbeit und bringt jedoch zum Ausdruck, dass Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Grundsatz nur in Zusammenarbeit zwischen mehreren Kassen erbracht werden sollen. Dies schließt allerdings nicht aus, dass in Einzelfällen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von einer Krankenkasse in alleiniger Verantwortung erbracht werden. Satz 3 verweist zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit bei Aufträgen und in Arbeitsgemeinschaften auf die entsprechenden Vorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 20b

Die Vorschrift entwickelt die bisher in § 20 Abs. 2 Satz 2 und 3 geregelte Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren weiter und bedient sich dafür der Terminologie des Arbeitsschutzrechts. Viele Erkrankungen werden neben anderen Umständen wesentlich auch durch Arbeitsbedingungen hervorgerufen. Daher liegt in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitswelt ein wesentliches präventives Potenzial. Dem trägt das Arbeitsschutzrecht Rechnung und verpflichtet die Arbeitgeber, auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren hinzuwirken. Dabei sind sie nach dem Unfallversicherungsrecht von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung durch geeignete Maßnahmen zu unterstützen und zu überwachen. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe sind die Unfallversicherungsträger auf Erkenntnisse über das Krankheitsgeschehen angewiesen, die bei den Krankenkassen anfallen und nur von diesen ausgewertet werden können. Vor diesem Hintergrund greift Absatz 1 in den Sätzen 2 und 3 die bisherige Regelung auf und verpflichtet die Krankenkassen zur Weitergabe von Erkenntnissen über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. In Weiterentwicklung der bestehenden Rechtslage verpflichtet Satz 1 die Krankenkassen darüber hinaus allgemein, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu unterstützen. Dadurch wird die Verpflichtung nach Satz 2 verstärkt und den Kassen aufgegeben, die dazu notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Absatz 2 verpflichtet die Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu einer engen Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und stellt dafür in Satz 2 einen organisatorischen Rahmen auf. Satz 3 verweist zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit bei Aufträgen und in Arbeitsgemeinschaften auf die entsprechenden Vorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 20c

Die Neufassung der Förderregelung in einer eigenen Vorschrift trägt dem gestiegenen Stellenwert der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen Rechnung. Die Förderung der Selbsthilfe wird weiter gestärkt und die Rechtsgrundlage im Interesse einer effizienten und antragstellerfreundlichen Durchführung der Förderung weiterentwickelt.

Durch die in Absatz 1 Satz 1 vorgenommene Umstellung von der bisherigen Soll-Regelung auf die unbedingte Förderverpflichtung im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3 wird sichergestellt, dass das vorgesehene Fördervolumen nicht unterschritten wird. Die Verknüpfung der Förderverpflichtung mit den Festlegungen zur Höhe der Fördermittel macht deutlich, dass auch zukünftig kein Rechtsanspruch auf Förderung besteht. Schon weil die Fördermittel der Höhe nach begrenzt sind, besteht bei ihrer Vergabe weiterhin ein Entscheidungsspielraum sowohl zur Auswahl als auch zur Gestaltung der Förderungen. Mit der ausdrücklichen Nennung der Verbände der Krankenkassen in Satz 1 wird klargestellt, dass die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe auch auf Landes- und Bundesebene zur Unterstützung der dort tätigen Organisationen gilt. Da die Strukturen der organisierten Selbsthilfe auf diesen beiden Ebenen für die Unterstützung der Selbsthilfegruppen auf der örtlichen Ebene und zur Interessenvertretung der Selbsthilfe von wesentlicher Bedeutung sind, müssen auch sie bedarfsgerecht gefördert werden. Zu dem förderfähigen Selbsthilfeengagement gehört auf diesen Ebenen auch die Wahrnehmung von Aufgaben der Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung.

Soweit die in Satz 1 enthaltene Beschreibung der Zielsetzung von Selbsthilfegruppen und -organisationen gegenüber der Formulierung des bisherigen § 20 Abs. 4 durch den Begriff der „gesundheitlichen Prävention“ geändert ist, handelt es sich lediglich um eine redaktionelle Anpassung; eine inhaltliche Änderung des Adressatenkreises der Förderung

ist damit nicht verbunden. Gefördert werden sollen nach Satz 1 erster Halbsatz auch zukünftig nur Selbsthilfegruppen und -organisationen, deren besondere Merkmale und Tätigkeitsfelder in den gemeinsamen und einheitlichen Fördergrundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach Absatz 2 beschrieben werden. Eine Förderung von Zusammenschlüssen mit ausschließlich gesundheitsförderlicher oder primärpräventiver Zielsetzung bleibt danach ausgeschlossen.

Die in Absatz 1 Satz 3 aufgenommenen Anforderungen an Selbsthilfekontaktstellen schließen die Förderung von Einrichtungen, die sich auf wenige Selbsthilfe- und Krankheitsbereiche spezialisiert haben, aus. Die Unterstützung durch übergreifend arbeitende Selbsthilfekontaktstellen ist für die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in den Regionen von besonderer Relevanz. Ein Missbrauch der Bezeichnung als Selbsthilfekontaktstelle durch Einrichtungen mit vorrangig anderen Tätigkeitsschwerpunkten wird auf diese Weise verhindert.

Nach Absatz 2 Satz 1 sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen in gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zukünftig neben den Inhalten der Förderung auch die Verteilung der Fördermittel auf die unterschiedlichen Förderebenen und Förderbereiche regeln. Bei der Regelung der Verteilung werden das Antragsaufkommen und der Förderbedarf der letzten Jahre sowie die Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, die nach Satz 2 zu beteiligen sind, maßgeblich zu berücksichtigen sein. Die Verteilungsregelung sollte zudem so flexibel gestaltet werden, dass sich ändernden Förderbedarfen der verschiedenen Ebenen und Bereiche Rechnung getragen werden kann. Bei der Mittelverteilung auf der regionalen Ebene der Förderung soll zusätzlich die besondere Situation von Regionen und Städten mit hohem Förderbedarf wie z. B. Mittelpunktstädten, die einen großen Einzugsbereich für Selbsthilfeengagierte aus dem Umland besitzen, beachtet werden.

Mit der Regelung in Absatz 2 Satz 3 werden die projektbezogene Förderung und die Förderung durch pauschale Zuschüsse gesetzlich gleichgestellt. Sie können auch nebeneinander Anwendung finden. Die Regelung soll zu einer stärkeren Nutzung der für die Antragsteller vielfach bedarfsgerechteren und weniger organisationsaufwändigen pauschalen Förderung führen.

Nach Absatz 3 Satz 2 soll bei der Förderung auf der Landesebene und der regionalen/örtlichen Ebene für die Aufbringung der Mittel die Statistik KM6 über den Wohnort der Versicherten zugrunde gelegt werden. Diese Regelung gewährleistet, dass sich alle Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet auf diesen Ebenen nach der jeweiligen Zahl ihrer Versicherten an der Förderung der Selbsthilfe beteiligen können.

Absatz 3 Satz 3 regelt die Verpflichtung der Krankenkassen und ihrer Verbände, mindestens 50 Prozent der Fördermittel in eine kassenartenübergreifende, nicht die jeweilige Landesgrenze überschreitende, Gemeinschaftsförderung einzubringen. Damit können bestehende, bewährte Selbsthilfeförderungen der einzelnen Krankenkassen fortgeführt werden und die noch nicht ausgeschöpften finanziellen Ressourcen für die gemeinsame Förderung antragstellerfreundlich genutzt werden. Diese Gemeinschaftsförderung kann sowohl über sog. virtuelle als auch über reale Gemeinschaftsfonds organisiert werden. Das Modell des virtuellen Fonds belässt die Fördergelder bis zu den gemeinsamen Förderentscheidungen in der Verwaltung der einzelnen Krankenkassen/Verbände. Die Mittel müssen anders als bei einem realen Fonds nicht auf ein gemeinsames Konto überwiesen werden. Bei den Fördergemeinschaften ist auch eine Einbeziehung weiterer Förderer wie z. B. eine Beteiligung der öffentlichen Hand möglich. Insoweit sollen alle in der Förderpraxis auf freiwilliger Basis bereits existierenden Modelle gemeinschaftlicher Förderung weiter zulässig sein und ausgebaut werden. Das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Selbsthilfe für die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen auf der regionalen/örtlichen Ebene empfohlene sog. Ein-Ansprechpartner-Modell soll weiter verbreitet werden, damit von den Antragstellern hier möglichst nur noch ein Förderantrag gestellt werden muss. Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die in Absatz 3 Satz 5 enthaltene Pflicht, nicht verausgabte Fördermittel der kasseneigenen Förderung im Folgejahr in die Gemeinschaftsförderung zu geben, gewährleisten eine verlässliche Bereitstellung des jährlich vorgesehenen Fördervolumens und stellen eine effiziente, zielgerichtete Förderung der Selbsthilfe sicher.

Die Gemeinschaftsfonds (virtuell oder real) werden auf den einzelnen Ebenen der Selbsthilfeförderung gebildet, die sich auf die jeweilige Unterstützung von Bundes- oder Landesorganisationen sowie von örtlichen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen beziehen.

Durch die jeweils gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds nach Absatz 3 Satz 4 wird die Transparenz der Förderung erhöht und eine abgestimmte Verteilung der Fördermittel erreicht. Das Antragsverfahren wird durch die Bündelung der Förderanträge bei den Gemeinschaftsfonds für die Antragsteller zudem erheblich erleichtert. Bei der Vergabe der Fördermittel sind die nach Absatz 2 Satz 1 beschlossenen gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beachten. Die Verpflichtung zur Beratung der Förderentscheidungen mit den jeweils maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe dient zusätzlich der sachverständigen Vergabe der Fördermittel. Die Erarbeitung von Verfahrensempfehlungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe zur Einbeziehung der Selbsthilfevertretungen könnte zu einer reibungslosen Umsetzung dieser Beteiligungsverpflichtung beitragen.

Bis zu 50 Prozent der Fördermittel verbleiben den einzelnen Krankenkassen und Verbänden zur Entfaltung eigener Förderaktivitäten und zur Bildung von zielgruppenspezifischen Förderschwerpunkten. Durch die hiermit eröffnete Möglichkeit von Kooperationen wird die inhaltliche Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der Selbsthilfe gestärkt. Zudem ist gewährleistet, dass neben der finanziellen Förderung auch die sächliche und infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe fortgesetzt wird.

Absatz 3 Satz 5 verpflichtet die einzelnen Krankenkassen, falls sie den Förderbetrag pro Versichertem insgesamt nicht ausschöpfen, den Differenzbetrag im Folgejahr in die Gemeinschaftsfonds zu geben. Dadurch wird sichergestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel in jedem Fall die Selbsthilfe erreichen.

Diese Fortentwicklung der Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen soll zu einer weiteren Stärkung der Selbsthilfe beitragen. Die Selbsthilfeförderung insgesamt bleibt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die auch die öffentliche Hand maßgebliche Verantwortung trägt.

Zu § 20d

Mit der Neufassung des § 20d Abs. 1 werden Schutzimpfungen in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ausgenommen sind Impfungen, die ausschließlich aufgrund eines durch eine nicht berufliche Auslandsreise erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind. Damit werden bestimmte private Risiken von den durch die Solidargemeinschaft zu finanzierenden Pflichtleistungen ausgenommen. Sofern aber ein besonderes öffentliches Interesse besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit vorzubeugen, können auch derartige Schutzimpfungen Pflichtleistungen sein. Dies gilt z. B. für Reisen in Gebiete, in denen übertragbare Krankheiten vorkommen, die in Deutschland ausgerottet sind, wie z. B. die Poliomyelitis. Im Übrigen steht es im Ermessen der Krankenkassen, nicht im Pflichtleistungskatalog enthaltene Impfungen als Satzungsleistungen gemäß Absatz 2 vorzusehen.

Die Prävention durch Impfungen hat einen dreifachen Nutzen:

a) Sie schützen den Geimpften vor Infektionskrankheiten mit mitunter schwerwiegenden Komplikationen, darunter auch Krankheiten, für die es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gibt. Eine Schädigung des Ungeborenen durch eine Infektion in der Schwangerschaft kann für einige Erreger verhindert werden.

b) Sie verhindern Ausbruch und Weiterverbreitung von Epidemien durch einen Kollektivschutz. Diese sog. Herdimmunität liegt beispielsweise für die Diphtherie bei einer Durchimpfungsrate von ca. 80 Prozent, bei Masern bei ca. 95 Prozent.

c) Impfungen zählen zu den kosteneffektivsten Präventionsmaßnahmen, helfen Krankheitskosten zu vermeiden und führen teilweise sogar zu Kosteneinsparungen (Beispiele: Influenzaimpfung bei älteren und bei Risikopatienten; Masernimpfung wird als ca. 189 Mio. Euro kostensparend eingeschätzt; durch die Impfung gegen Keuchhusten werden in Deutschland pro Jahr rund 450 Mio. Euro eingespart).

Nach der bisherigen Regelung in § 23 Abs. 9 können die Krankenkassen Schutzimpfungen in der Satzung vorsehen. Da es sich allerdings nur um „Kann-Leistungen“ der GKV handelt, kam es teilweise zu unterschiedlichen Leistungen der Krankenkassen, was eine hohe Impfbeteiligung behinderte. Durch die Verankerung von Leistungen für Schutzimpfungen als Pflichtleistungen der GKV wird:

– ein bundesweit einheitlicher Katalog der Impfleistungen geschaffen,

– die Transparenz und Sicherheit in der Kostenübernahme erhöht,

– der hohe – auch gesundheitspolitische – Stellenwert von Impfungen betont („Signalwirkung“) und

– der Arzt in die Lage versetzt, Impfungen ohne Unsicherheiten hinsichtlich der Kostenübernahme durchzuführen.

Die Einzelheiten zu den Leistungen für Schutzimpfungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss festzulegen. Bei seiner Entscheidung hat er sich mit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) auseinanderzusetzen und den Nutzen der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit besonders zu berücksichtigen.

Bei den Mitgliedern der STIKO handelt es sich um ausgewiesene Experten aus verschiedenen Fachgebieten, die über umfangreiche wissenschaftliche und praktische Erfahrungen zu Schutzimpfungen verfügen. Eine Impfempfehlung durch die STIKO erfolgt nach einer wissenschaftlichen Risiko/Nutzen-Abwägung unter Berücksichtigung des jeweiligen aktuellen Standes der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik. Insofern bedarf es einer besonderen Begründung, sollte der Gemeinsame Bundesausschusses von den Empfehlungen der STIKO abweichen. Ändert die STIKO ihre Empfehlungen, so muss der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten entscheiden, ob die Richtlinien anzupassen sind.

Mit der Neufassung des Absatzes 2 soll den Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit eingeräumt werden, nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Impfleistungen als Satzungsleistung zu übernehmen. Dies kann unter anderem dann in Betracht kommen, wenn regionale Besonderheiten dies erfordern.

Mit Absatz 3 wird die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst verbessert. Um einen möglichst hohen Durchimpfungsgrad zu erreichen ist es erforderlich, neben der individuellen Inanspruchnahme von Impfleistungen auch die Möglichkeit zu schaffen, durch „aufsuchendes“ Impfen in Kindergärten, Schulen und Senioreneinrichtungen Impflücken zu schließen. Dies kann durch eine gezielte Zusammenarbeit von Krankenkassen und öffentlichem Gesundheitsdienst erreicht werden. Zum Teil bestehen heute schon Verträge in den Ländern mit den Krankenkassen bezüglich der Übernahme der Impfstoffkosten. Mit dem Gesetz soll eine einheitliche verlässliche Grundlage für diese Zusammenarbeit geschaffen werden. Dazu ist es erforderlich, dass krankenkassenübergreifend mit den in den Ländern zuständigen Stellen die Umsetzung organisiert und finanziert wird. Die Krankenkassen übernehmen dabei die Sachkosten der Impfungen (Kosten des Impfstoffs und Kosten des Verbrauchsmaterials), die Personalkosten verbleiben beim öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zu Nummer 13 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die Aufgabe, zur Durchführung der Gruppenprophylaxe gemeinsame Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zu beschließen, wird künftig dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Änderung in Absatz 2.

Zu Nummer 14 (§ 23)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift ermächtigt bislang die Spitzenverbände der Krankenkassen, nach Anhörung der Spitzenorganisationen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, in Leitlinien für bestimmte Indikationen eine Regeldauer für Rehabilitationsmaßnahmen festzulegen, von der nur aus dringenden medizinischen Gründen abgewichen werden kann.

Diese Kompetenz wird nunmehr dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Zu Buchstabe b

Die bisher aufgrund von Satzungen der Krankenkassen möglichen Schutzimpfungen werden in den Pflichtleistungskatalog überführt. Die Regelung hierzu ist nunmehr in § 20d enthalten. Die Vorschrift des § 23 Abs. 9 ist daher aufzuheben.

Zu Nummer 15 (§ 24)

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung soll dazu beitragen, die Leistungsgewährung bei Maßnahmen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter im Hinblick auf den seit dem Jahr 2000 bestehenden kontinuierlichen Ausgabenrückgang zu verstetigen. Die Änderung überführt die Leistungen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung. Hierdurch erhöht sich der rechtliche Stellenwert dieser Leistungen. Die entsprechenden Aufwendungen fließen damit in den Risikostrukturausgleich ein. Dies erhöht den Anreiz für Krankenkassen, die entsprechenden Leistungen durchzuführen. Begleitend hierzu wird das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den Ländern über einen Statistikerlass die statistischen Erhebungen zu den Maßnahmen zur medizinischen Vorsorge um das Merkmal „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ erweitern. Das Bewilligungsgeschehen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die vorgenommene Ergänzung entspricht der geltenden Rechtslage. Danach ist es für die Gewährung einer medizinischen Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter nicht erforderlich, dass zunächst die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein müssen. Ist eine Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Vorsorgeziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Die Klarstellung ist erforderlich, weil in der Vergangenheit vielfach Anträge mit dem Hinweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt wurden.

Zu Buchstabe b

Absatz 4 verpflichtete die Spitzenverbände der Krankenkassen, bis zum Ende des Jahres 2005 dem Deutschen Bundestag einen Bericht vorzulegen, in dem die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen wiederzugeben waren. Nachdem dieser Bericht dem Deutschen Bundestag fristgerecht vorgelegt wurde, ist Absatz 4 aufzuheben.

Zu Nummer 16 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf neue, innovative Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung sind. Solche neuen, innovativen Arzneimittel sind unmittelbar ab ihrer Marktzulassung bzw. Markteinführung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Durch die Neuregelung soll erreicht werden, dass die zusätzliche Kostenbelastung für die gesetzliche Krankenversicherung in einem angemessenen Verhältnis zu dem medizinischen Zusatznutzen dieser Arzneimittel steht. Dies wird durch Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrages auf Grundlage einer Kosten-Nutzenbewertung erreicht. Eine einheitliche Regelung des Erstattungshöchstbetrages auf Bundesebene ist erforderlich, um die Gleichbehandlung der Versicherten in der Versorgung mit medizinisch notwendigen, innovativen Arzneimitteln zu gewährleisten. Darüber hinaus hat die einzelne Krankenkasse die Möglichkeit, mit dem pharmazeutischen Unternehmer einen niedrigeren Preis abweichend vom einheitlichen Listenpreis des pharmazeutischen Unternehmers im Rahmen von Rabattverträgen zu vereinbaren; hierdurch wird der Leistungsanspruch der Versicherten für diese Arzneimittel gegenüber der Krankenkasse nicht beeinträchtigt.

Die Neuregelung bestimmt den Rahmen, innerhalb dessen der Höchstbetrag festzusetzen ist. Grundsätzlich sollen die Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung dem Zusatznutzen neuer, innovativer Arzneimittel entsprechen, der durch die Kosten-Nutzenbewertung zu ermitteln ist. Dabei sollen die Entwicklungskosten des pharmazeutischen Unternehmers berücksichtigt werden, soweit das Arzneimittel innovativ ist, also eine patientenrelevante therapeutische Verbesserung darstellt.

Sofern die Kosten-Nutzenbewertung eine Kosteneffektivität des Arzneimittels ergeben hat, findet die Festsetzung eines Höchstbetrages nach Satz 1 keine Anwendung.

Die Berücksichtigung der Entwicklungskosten für die Feststellung, welche Preise bzw. Erstattungshöhen angemessen sind, ist eine in der Europäischen Union etablierte Praxis. In Großbritannien wird die Gesamtprofitabilität der pharmazeutischen Unternehmer durch das Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) auf der Grundlage der geprüften Jahresabschlüsse der Unternehmer unter Berücksichtigung der Aufwendungen für Forschung und Entwicklung bewertet. In Frankreich bezieht das Comité Economique des Produits de Santé (Ceps) unter Berücksichtigung des medizinischen Nutzens sowohl die Forschungs- und Entwicklungskosten als auch die Werbungskosten der pharmazeutischen Unternehmer in die Überlegungen zur Preisfestsetzung mit ein. Auch in Finnland werden bei der Preisfestsetzung durch das dortige Pharmaceutical Pricing Board (PPB) die Herstellungs- sowie Forschungs- und Entwicklungskosten berücksichtigt.

Nach der vorgesehenen Neuregelung soll die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland nicht die gesamten Kosten der Entwicklung für den weltweiten Einsatz des Arz-

neimittels finanzieren, sondern denjenigen anteiligen Betrag, der dem Versorgungsanteil in Deutschland entspricht. Dieser Betrag soll im Zeitraum der Gültigkeit des Unterlagenschutzes in Deutschland refinanzierbar sein. Diese Berechnung setzt voraus, dass der Unternehmer entsprechende Unterlagen bereitstellt. Zur Vereinfachung des Verfahrens und zur Vermeidung von Berechnungs- und Abgrenzungsproblemen kann der Erstattungshöchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer festgelegt werden.

Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Erstattungshöchstbetrag, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

Bei der Festsetzung des Höchstbetrags ist der gesetzliche Rabatt in Höhe von 6 Prozent für Arzneimittel ohne Festbetrag zu berücksichtigen. Eine entsprechende Anrechnung bei der Festsetzung des Höchstbetrags vermeidet einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, da die bestehenden Verfahren für die Abrechnung des gesetzlichen Rabatts nicht geändert werden müssen und das gewünschte Ergebnis durch Anrechnung auf den Höchstbetrag erreicht wird.

Es bleibt bei dem Grundsatz, dass neue Arzneimittel nach Zulassung und Markteinführung grundsätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind. Die Erstattungsfähigkeit wird nicht zurückgestellt, bis eine Kosten-Nutzenbewertung vorliegt. Den Fachkreisen ist ausreichend Zeit einzuräumen, valide Erkenntnisse über das neue Arzneimittel zu sammeln als Grundlage für eine Kosten-Nutzenbewertung. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann in den Richtlinien nach § 92 vorsehen, dass die Verordnung entsprechender Arzneimittel nach Einholung einer Zweitmeinung erfolgen soll – § 73d (neu).

Durch die Abstimmung mit dem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach § 73d kann im Einzelfall gewährleistet werden, dass die Verordnung aufgrund der Indikationsstellung medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neuregelung ergänzt die Vorschriften zur Stärkung des Vertragsprinzips in der Arzneimittelversorgung. Durch die Möglichkeit zur Halbierung oder Aufhebung der Zuzahlungen kann die Krankenkasse Anreize schaffen, dass Arzneimittel, deren Wirtschaftlichkeit aufgrund von Rabattvereinbarungen gesichert ist, besonders berücksichtigt werden. Das Ausmaß einer möglichen Zuzahlungsermäßigung wird vorgegeben, sodass die Umsetzung durch die Apotheken handhabbar bleibt.

Zu Nummer 17 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Bei den in der Neufassung des § 33 Abs. 1 vorgenommenen Änderungen handelt es sich um notwendige Klarstellungen.

Satz 1 entspricht dem bisherigen Satz 1.

Der neu eingefügte Satz 2 konkretisiert den Versorgungsanspruch schwerst behinderter Versicherter dahingehend, dass dieser nicht vom Grad der Rehabilitationsfähigkeit abhängt. Soweit es um die Erfüllung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens geht, besteht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung danach auch dann, wenn durch die Hilfsmittelversorgung ein Behinderungsausgleich nur noch in eingeschränktem Maße erreicht und eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe nicht mehr ermöglicht werden kann. Die Regelung ist als Folge der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 22. Juli 2004 (SozR 4-2500 § 33 Nr. 5, Az.: B 3 KR 5/03 R) erforderlich geworden, das den Anspruch einer schwerst behinderten Heimbewohnerin auf Versorgung mit einem speziellen Lagerungsrollstuhl, der ihr noch ein gewisses Maß an passiver Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglicht hätte, wegen fehlender Rehabilitationsfähigkeit verneint hat. Aus der Entscheidung folgt, dass entsprechende Hilfsmittel – soweit sie nicht vom Pflegeheim vorzuhalten sind – nur auf eigene Kosten oder über die Sozialhilfe beschafft werden können. Geschieht dies nicht, bleiben die Versicherten unversorgt und von der Teilhabe am Gemeinschaftsleben ausgeschlossen. Dieses Ergebnis wird als nicht vertretbar angesehen und durch die neue Regelung in Satz 2 korrigiert.

Satz 3 entspricht dem bisherigen Satz 2, Satz 4 dem bisherigen Satz 3. In Satz 4 wird klargestellt, dass der Versorgungsanspruch auch die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen umfasst. Es kann nicht den Versicherten überlassen werden, hierfür eigenverantwortlich Sorge zu tragen. Bezüglich der grundsätzlichen Erforderlichkeit und des Umfangs der Wartungsmaßnahmen und technischen Kontrollen stellt die Regelung auf den Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken und den Stand der Technik ab und ermöglicht den Krankenkassen somit eine auf das Maß des Notwendigen beschränkte sachgerechte Umsetzung. Dabei sind auch die Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu berücksichtigen. Die ergänzende Klarstellung ist insbesondere auch deshalb erforderlich, weil das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 16. Dezember 2003 (Az.: 3 C 47/02) die Betreibereigenschaft der Krankenkassen verneint hat und diese somit nicht bereits durch die Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet sind.

Auch bisher konnten Versicherte grundsätzlich schon gegen entsprechende Aufzahlungen über das Maß des Notwendigen hinausgehende Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen wählen. Der neu eingefügte Satz 5 stellt klar, dass in derartigen Fällen neben den bei der Beschaffung anfallenden Mehrkosten auch etwaige höhere Folgekosten von den Versicherten zu tragen sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Aus systematischen Gründen werden die speziellen Vorschriften zum Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen von den allgemeinen Regelungen in Absatz 1 getrennt und in einen separaten Absatz überführt.

Zu Buchstabe c

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 2 sind in modifizierter Form in die neu gefassten Absätze 7 und 8 eingeflossen. Der Absatz muss daher aufgehoben werden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um notwendige redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderung unter Buchstabe b.

Zu Buchstabe e

Bei Absatz 6 handelt es sich um eine neue Vorschrift, die mit den Änderungen in § 126 korrespondiert und die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen den jeweiligen Vertragspartnern ihrer Krankenkasse und den Leistungserbringern, die aufgrund der Übergangsregelung in § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind, regelt. Damit das Instrument der Ausschreibung wirkungsvoll genutzt werden kann und die vertraglich vereinbarten Abnahmeverpflichtungen auch tatsächlich erfüllt werden können, muss für diesen Fall grundsätzlich die Versorgung durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner) vorgesehen werden. Die Ausnahmeregelung in Satz 3 trägt der Tatsache Rechnung, dass im Einzelfall ein berechtigtes Interesse bestehen kann, einen anderen Leistungserbringer zu wählen. Ein berechtigtes Interesse kann auch im Falle der Entscheidung für eine aufwändigere Versorgung gegen Aufzahlung vorliegen.

Absatz 7 ersetzt die Regelungen der Sätze 1 bis 4 des bisherigen Absatzes 2 zur Höhe der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Änderungen in den §§ 126 und 127. Da künftig nur noch Vertragspartner der Krankenkasse zur Versorgung berechtigt sind, müssen die jeweils vertraglich vereinbarten Preise maßgeblich sein (Satz 1). Dies gilt auch für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde. Für den Fall der Versorgung durch einen nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigten Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, wird die Höhe der Leistungsverpflichtung der Krankenkasse in Satz 2 geregelt. Die bisherige Regelung, die neben dem Festbetrag den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels aus Verträgen der Krankenkasse mit Leistungserbringern als Leistungsobergrenze vorsah, hat sich als wenig praktikabel erwiesen. Sie wird daher durch eine Vorschrift ersetzt, die für die genannte Fallkonstellation die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse auf den niedrigsten Preis begrenzt, der in Verträgen der Krankenkasse mit anderen Leistungserbringern über vergleichbare Leistungen vereinbart wurde. Soweit es sich um Hilfsmittel handelt, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, gilt dieser weiterhin als Obergrenze.

In Absatz 8 ist die Zuzahlung der Versicherten geregelt. Die Regelung entspricht weitgehend dem bisherigen Absatz 2 Satz 5. Da die Krankenkassen nicht in allen Fällen auf einer vertragsärztlichen Verordnung notwendiger Hilfsmittel bestehen müssen, ist in Satz 1 bezüglich der Zuzahlung auf die abgegebenen Hilfsmittel abzustellen. Durch eine entsprechende Ergänzung in Satz 2 wird wegen in der Praxis aufgetretener Auslegungsprobleme klargestellt, dass abweichend von § 43b Abs. 1 Satz 2 der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat und das Inkassorisiko trägt. Ferner wird zur Vermeidung einer Überforderung betroffener Versicherter die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel auf insgesamt höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln begrenzt; in der Praxis wird die bisherige Vorschrift bereits in diesem Sinne angewendet.

Zu Nummer 18 (§ 35)

Folgeänderung zur Ergänzung der Nutzenbewertung durch eine Kostenbewertung.

Zu Nummer 19 (§ 35a)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 20 (§ 35b)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung in der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Der bisherige gesetzliche Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird zu einer Kosten-Nutzenbewertung erweitert. Die zentrale Entscheidungsbefugnis verbleibt beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Bereits nach geltendem Recht kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragen, den Nutzen von Arzneimitteln zu bewerten. Durch die gesetzliche Neuregelung wird darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, den medizinischen Nutzen für Arzneimittel wirtschaftlich zu bewerten. Damit wird eine Lücke im bisherigen Recht geschlossen. Denn bisher kann nur festgestellt werden, ob ein Arzneimittel einen therapie- bzw. patientenrelevanten Zusatznutzen hat. Dies beinhaltet jedoch keine Aussage darüber, welche Mehrkosten durch diesen Zusatznutzen begründbar sind.

Die Kosten-Nutzenbewertung ist eine fachliche Aufbereitung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ohne unmittelbare Wirksamkeit für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Es bleibt Aufgabe der zuständigen Einrichtungen der Selbstverwaltung, über die Umsetzung zu entscheiden.

Eine Kosten-Nutzenbewertung kann Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrages für nicht festbetragsfähige Arzneimittel sein. Die Neuregelung gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss zudem die Möglichkeit, eine Kosten-Nutzenbewertung in geeigneten Fällen als Grundlage für Beschlüsse über Verordnungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse sowie für Therapiehinweise in Auftrag zu geben und ihre Ergebnisse zu nutzen.

Die Kosten-Nutzenbewertung soll die Belange der Patienten, aber auch die der Kostenträger angemessen berücksichtigen. Beim Patientennutzen sollen insbesondere eine Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer berücksichtigt werden. Bei der wirtschaftlichen Bewertung sollen neben dem Patientennutzen auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt werden.

Die Verfahrensordnung für die Kosten-Nutzenbewertung soll dem internationalen Standard auf hohem Niveau entsprechen. Zu gewährleisten ist insbesondere eine hohe Transparenz, eine angemessene Beteiligung externen medizinischen Sachverstands, insbesondere auch von internatio-

nal anerkannten Sachverständigen für die Kosten-Nutzenbewertung, der Patienten und der Industrie. Die sachgerechte Beteiligung dieser Personen und Personengruppen und die Transparenz des Beteiligungsverfahrens wird durch entsprechende Anwendung der Vorschriften von § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 4 und 5 gewährleistet.

Solange für neue Arzneimittel noch kein Nutzen nachgewiesen ist, ist bei deren Verordnung insbesondere streng auf die Einhaltung der zugelassenen Indikation zu achten. Daneben sollte das Auftreten erwünschter und unerwünschter Arzneimittelwirkungen gezielt überwacht und dokumentiert werden. Dies lässt eine abgestimmte Verordnung sachgerecht erscheinen.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Folgeänderung zur Ergänzung der Nutzenbewertung durch eine Kostenbewertung.

Zu Nummer 21 (§ 36 Abs. 1 und 2)

Die neu gefassten Absätze 1 und 2 entsprechen bezüglich Struktur und Inhalt weitgehend den bisherigen Fassungen. Sie regeln die Festbetragsgruppenbildung und die Festsetzung der Festbeträge.

In Absatz 1 Satz 2 wird bezüglich der Festbetragsgruppenbildung auch auf das nunmehr in § 139 geregelte Hilfsmittelverzeichnis verwiesen, um die insoweit bestehende Korrelation deutlich zu machen. Die ergänzend aufgenommene Forderung, dass in diesem Zusammenhang auch die Einzelheiten der Versorgung festzulegen sind, soll sicherstellen, dass die Leistungsinhalte und Rahmenbedingungen (einschließlich erforderlicher Dienstleistungen), die durch den festzulegenden Festbetrag abgedeckt sind, klar und transparent beschrieben werden. Die entsprechend ergänzten Vorschriften des Satzes 3 sehen neben der bisher dort schon geregelten Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer auch die notwendige Einbeziehung der Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller in das Anhörungsverfahren vor. Um eine wirksame Wahrnehmung der Beteiligungsrechte sicherzustellen, wird zudem festgelegt, dass den in die Anhörung einzubeziehenden Organisationen die für die Abgabe einer Stellungnahme benötigten Informationen zur Verfügung zu stellen sind. Dies gilt entsprechend auch für die in § 140f Abs. 4 geregelte Beteiligung der Patientenorganisationen.

Durch eine entsprechende Änderung in Absatz 2 Satz 1 gegenüber der bisherigen Fassung wird klargestellt, dass die festzusetzenden Festbeträge neben der Bereitstellung des Hilfsmittels selbst gegebenenfalls auch noch weitere in diesem Zusammenhang erforderliche Leistungen umfassen. Satz 2 verweist auf die geänderten Beteiligungsvorschriften nach Absatz 1 Satz 3, die wegen des engen Sachzusammenhangs gleichermaßen auch bei der Festsetzung der Festbeträge Anwendung finden müssen. Da eine sachgerechte Festbetragsgruppenbildung und Festsetzung der Festbeträge Informationen voraussetzt, die nur von den Herstellern der Hilfsmittel und den Leistungserbringern geliefert werden können, werden in Satz 3 entsprechende Mitwirkungspflichten festgelegt.

Zu Nummer 22 (§ 37)

Zu den Buchstaben a und c

Die Beschränkung der Leistungen zur häuslichen Krankenpflege auf Haushalt und Familie des Versicherten hat sich im Hinblick auf das Ziel, vorschnelle stationäre Einweisungen zu vermeiden, als kontraproduktiv erwiesen. Die Neuregelung bewirkt durch eine vorsichtige Erweiterung des Haushaltsbegriffs, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Wohnformen, Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen hinsichtlich der Erbringung von häuslicher Krankenpflege gegenüber konventionellen Haushalten nicht benachteiligt werden. Betreute Wohnformen, deren Bewohner ambulante Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, sollen verbesserte Angebote für ambulant Pflegebedürftige darstellen; dem wird durch die Änderung Rechnung getragen. Darüber hinaus wird im Hinblick auf bestimmte, eng begrenzte Personengruppen durch den erweiterten Haushaltsbegriff eine vorschnelle Einweisung in stationäre Einrichtungen verhindert.

Ein „geeigneter Ort“ für die Leistung häuslicher Krankenpflege durch die GKV ist jedenfalls dann nicht gegeben, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat. Um die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung der geeigneten Erbringungsorte zu wahren, wird auf eine gesetzliche Festlegung verzichtet und die Definition dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen.

Dieser Lösungsweg vermeidet Lücken im Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung. Nach geltendem Recht besteht beispielsweise dann kein gesetzlicher Anspruch, wenn sich ein nicht pflegebedürftiger Patient nach einem Krankenhausaufenthalt übergangsweise in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung begeben muss, weil eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit noch nicht ausreichend sichergestellt ist. Auch dieser Fall soll von der Neuregelung erfasst sein.

Zu Buchstabe b

Die Erweiterung des Haushaltsbegriffs entspricht der Neuregelung in Absatz 1 (s. o. Buchstabe a).

Die Änderung in Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz vollzieht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach (Entscheidung vom 17. März 2005, Az.: B 3 KR 9/04R, BSGE 94, 192); eine materielle Rechtsänderung ist damit nicht verbunden. Sie macht deutlich, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zur häuslichen Krankenpflege gehören. Begrifflich entsprechen sie den Maßnahmen, die mit der geplanten Neuregelung in § 15 Abs. 3 SGB XI erfasst werden. Insbesondere handelt es sich um:

– das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2,
– eine oro/tracheale Sekretabsaugung,
– das Einreiben mit Dermatika,
– die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs,
– die Einmalkatheterisierung,

– das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens,
– Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf.

Der Gemeinsame Bundesausschuss konkretisiert in Richtlinien nach § 92 Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen.

Für besondere, eng begrenzte Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf (z. B. Wachkomapatienten, Dauerbeatmete) regelt Absatz 2 Satz 2 die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch die Krankenkassen, die nach § 132a Abs. 2 Verträge mit den Pflegeeinrichtungen zu schließen haben. Für diese Personen fallen im Rahmen der vollstationären Dauerpflegeversorgung (§ 43 SGB XI) sehr hohe Kosten für den behandlungspflegerischen Aufwand an. Da diese bisher von der Pflegeversicherung nur im Rahmen ihrer gedeckelten Leistungsbeträge übernommen wurden, verblieben bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sehr hohe Eigenanteile, die sehr häufig die Finanzkraft der Betroffenen überforderten und zu Sozialhilfeabhängigkeit führten.

Zu Nummer 23 (§ 37b)

Zu Absatz 1

Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ein Großteil der Patienten im Krankenhaus verstirbt. Anzustreben ist deshalb eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung. Zu diesem Ergebnis kommt auch der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22. Juni 2005 (Bundestagsdrucksache 15/5858).

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erhalten die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung daher einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Bei der Leistung handelt es sich um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann (Einzelheiten der Anforderungen an die Leistungserbringer, vgl. die Neufassung des § 132d). Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z. B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinausgehende Begleitleistungen (z. B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z. B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht den Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (z. B. aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden könnten (Einzelheiten vgl. die Neufassung des § 132d). Nach Schätzungen von Experten, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, haben ca. 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abzudecken ist. Die übrigen Palliativpatienten werden weiterhin in den derzeitigen Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt (hierzu näher Begründung zu der Neufassung des § 132d).

Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Arzt und die Genehmigung durch die Krankenkassen. Die Leistung kann nicht nur von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verordnet werden, sondern auch von entsprechend qualifizierten Krankenhausärzten. Damit wird gewährleistet, dass ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erbracht werden kann. Das Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen ist ebenfalls so auszugestalten, dass kein Zeitverzug entsteht.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift wird den Vertragsparteien der Verträge nach § 132d die Möglichkeit eingeräumt, in stationären Pflegeeinrichtungen eine der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung entsprechende Leistung durch die speziellen ambulanten Palliativteams im Sinne von § 37b Abs. 1 oder durch Personal der Pflegeeinrichtung selbst zu erbringen. Im erstgenannten Fall ist durch Absprachen sicherzustellen, dass die ambulanten Palliativteams Zugang zu den Einrichtungen erhalten. Die Leistungserbringung durch Personal der Pflegeeinrichtung setzt voraus, dass dieses aufgrund seiner Qualifikation in der Lage ist, spezialisierte Palliativversorgung zu erbringen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die stationäre Pflegeeinrichtung entweder einen auf Palliativmedizin spezialisierten Arzt beschäftigt oder mit einem derartigen Arzt zumindest einen Kooperationsvertrag schließt. Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen, wenn sie Leistungen durch das Personal erbringen, dieselben Voraussetzungen erfüllen wie die ambulanten Palliativteams nach § 132d.

Zu Absatz 3

Die nähere Konkretisierung des Leistungsinhalts der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch den Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien. Da es sich bei der Leistung um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen handelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Erarbeitung der Richtlinien auch pflegewissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen zu beteiligen.

In den Richtlinien sind Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu konkretisieren. Zu konkretisieren ist dabei auch der besondere Versorgungsbedarf, der Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistung ist. Im Hinblick auf die Regelungstiefe der Richtlinien ist zu beachten, dass bei der Versorgung Schwerkranker und sterbender Menschen den individuellen Bedürfnissen und Präferen-

zen des Patienten und seines Umfelds in besonderer Weise Rechnung getragen werden muss. Hierzu benötigt das Palliative-Care-Team den aus ärztlicher und pflegerischer Sicht erforderlicher Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls.

Eine wichtige Säule der Sterbebegleitung stellt die ehrenamtliche Hospizarbeit dar. Um eine Verzahnung mit der ehrenamtlichen Hospizarbeit zu gewährleisten, haben die Palliative-Care-Teams mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten zusammenzuarbeiten, sofern Hospizdienste an der Betreuung der Versicherten beteiligt sind. Die Einzelheiten des Umfangs und Inhalts der Zusammenarbeit sind in den Richtlinien festzulegen.

Versicherten, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit dieser besondere Bedarf durch die subsidiäre vertragsärztliche Versorgung erbracht wird. Soweit Schnittmengen zwischen vertragsärztlicher Versorgung und der Versorgung im Übrigen entstehen, sind Doppelabrechnungen auszuschließen.

Die Richtlinien haben schließlich Regelungen über die notwendige fachliche Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten und den Leistungserbringern (Palliative-Care-Teams, vgl. § 132b) zu enthalten. Insbesondere ist der verordnende Arzt verpflichtet, den behandelnden Versorgungsteams alle notwendigen Informationen über die bisherige Behandlung zu übermitteln.

Zu Nummer 24 (§ 39)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 25 (§ 39a)

Zu den Buchstaben a und b

Um die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern, sind die auf Bundesebene bestehenden Rahmenvereinbarungen zu stationären Hospizleistungen nach Inhalt, Art, Umfang und Qualität so auszugestalten, dass sie den besonderen Belangen von Kindern ausreichend Rechnung tragen. Von besonderer Bedeutung können dabei die gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten sein. Diese können auch dadurch entstehen, dass in die Hospizarbeit Familienangehörige des Kindes einbezogen werden. Darüber hinaus können durch eine längere Verweildauer oder einen Wechsel zwischen stationärem Hospiz und der Versorgung an einem anderen Ort, weitere Besonderheiten zu berücksichtigen sein.

Durch die Neuregelung soll der Ausbau der Kinderhospizarbeit unterstützt und insbesondere die Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize verringert werden. Der Kostenanteil, der nicht über die Krankenkasse, die Pflegeversicherung oder ggf. durch die Sozialhilfe getragen wird, soll deswegen nur noch höchstens 5 Prozent der vertraglich vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssätze tragen. Ein vollständiger Verzicht auf einen Anteil an den Kosten würde dem Hospizgedanken zuwider laufen, der im Wesentlichen auf ehrenamtlichem Engagement beruht.

Entsprechende Rahmenvorgaben sollen auch die ambulanten Hospizdienste stärken.

Zu Nummer 26 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt sicher, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden können.

Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. Ein interdisziplinäres Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung der Patienten. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf. Das aufsuchende Rehabilitationsangebot bezieht damit einen Patientenkreis ein, der bislang keine Rehabilitationschancen hat; zugleich werden der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor und in der Pflege und die Zielsetzung „ambulant vor stationär“ fachgerecht umgesetzt.

Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation mehrere aufsuchende (mobile) Angebote entwickelt worden. Die Implementierung des Leistungsangebots der mobilen Rehabilitation ist jedoch aufgrund unterschiedlicher Auslegungen des § 40 Abs. 1 durch Landesverbände der GKV auf Schwierigkeiten gestoßen. Die jetzige Fassung des § 40 Abs. 1 ist nicht ausreichend auf die ambulante mobile Rehabilitation zugeschnitten, ohne diese aber ausdrücklich auszunehmen. Die Neuregelung stellt klar, dass auch diese Form der ambulanten Rehabilitation regelhaft erbracht werden kann.

Zu Buchstabe b

Reichen ambulante Rehabilitationsleistungen nicht aus, konnten die Krankenkassen bislang stationäre Rehabilitation in Einrichtungen erbringen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht. Versicherte erhalten darüber hinaus künftig zusätzlich das Recht, auch solche zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen keine Versorgungsverträge abgeschlossen haben. Fallen dabei Kosten an, die über die der entsprechenden Vertragseinrichtungen hinausgehen, sind diese Mehrkosten von den Versicherten zu tragen.

Zu den Buchstaben c und d

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die neue Verbändestruktur.

Zu Nummer 27 (§ 40a)

Die Vorschrift soll Präventions- und Rehabilitationsleistungen an der Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung verbessern, um Pflegebedürftigkeit im Alter solange wie möglich zu vermeiden, sie zu überwinden, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Durch die Ausgestaltung als Pflichtleistung soll dem Grundsatz „Rehabilitation vor und in der Pflege“ stärker Geltung verschafft und ein Ausbau des bestehenden Angebots an geriatrischer Rehabilitation gefördert werden.

Satz 2 stellt klar, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch an Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zu erbringen sind. Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2) bleiben Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen nicht vorenthalten. Sofern Rehabilitationsfähigkeit besteht, ist dem Rechtsanspruch auf Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen Rechnung zu tragen.

Zu Nummer 28 (§ 41)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung soll dazu beitragen, die Leistungsgewährung bei Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter im Hinblick auf den seit dem Jahr 2000 bestehenden kontinuierlichen Ausgabenrückgang zu verstetigen. Die Änderung überführt die Leistungen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung. Hierdurch erhöht sich der rechtliche Stellenwert dieser Leistungen. Die entsprechenden Aufwendungen fließen damit in den Risikostrukturausgleich ein. Dies erhöht den Anreiz für Krankenkassen, die entsprechenden Leistungen durchzuführen. Begleitend hierzu wird das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den Ländern über einen Statistikerlass die statistischen Erhebungen zu den Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation um das Merkmal „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ erweitern. Das Bewilligungsgeschehen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die vorgenommene Ergänzung entspricht der geltenden Rechtslage. Danach ist es für die Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter nicht erforderlich, dass zunächst die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein müssen. Ist eine Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Rehabilitationsziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Die Klarstellung ist erforderlich, weil in der Vergangenheit vielfach Anträge mit dem Hinweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt wurden.

Zu Buchstabe b

Absatz 4 verpflichtete die Spitzenverbände der Krankenkassen, bis zum Ende des Jahres 2005 dem Deutschen Bundestag einen Bericht vorzulegen, in dem die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen wiederzugeben waren. Nachdem dieser Bericht dem Deutschen Bundestag fristgerecht vorgelegt wurde, ist Absatz 4 aufzuheben.

Zu Nummer 29 (§ 43)

Die bisher den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegende Verpflichtung, dass Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität von Nachsorgemaßnahmen zu bestimmen, wird der wettbewerblichen Suche nach der bestmöglichen Versorgung überlassen.

Zu Nummer 30 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Bisher waren im Absatz 1 sowohl die grundsätzlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld geregelt als auch diejenigen Versicherten aufgeführt, die generell keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Durch die Ausweitung der Versicherungspflicht auf bestimmte Personen, die bislang ohne Absicherung im Krankheitsfall waren (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13), und insbesondere durch die neu geschaffene Möglichkeit für hauptberuflich Selbständige, über Wahltarife einen Krankengeldanspruch zu erlangen, ist der Personenkreis, welcher grundsätzlich ohne Anspruch auf Krankengeld versichert ist, näher zu konkretisieren. Dies wird durch den neu gefassten Absatz 2 nachvollzogen. Die Regelungen zur Dauer des Krankengeldes nach § 48 bleiben davon unberührt.

Zu Buchstabe b

Die in Nummer 1 aufgeführten Versicherten sind zum großen Teil schon bisher vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Neu hinzugekommen sind die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtigen Personen, die bisher ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall waren. Ein Krankengeldanspruch ist für diese Versicherten nicht erforderlich, da es sich überwiegend um Personen handelt, denen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt entgeht. Ausgenommen davon sind hauptberuflich Selbständige.

Nach bisherigem Recht konnte die Krankenkasse in ihrer Satzung den Anspruch auf Krankengeld für freiwillig Versicherte ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Das Krankengeld stellte für diesen Personenkreis somit keine Pflichtleistung der GKV dar. Es stand vielmehr im Ermessen der jeweiligen Krankenkasse ob bzw. ab welchem Zeitpunkt diesen Versicherten ein Krankengeldanspruch zugestanden wird. In erster Linie betraf dies freiwillig Versicherte hauptberuflich Selbständige, die – soweit die Satzung einen Krankengeldanspruch zuließ – nach einem entsprechenden Antragsverfahren einen Anspruch auf Krankengeld im Falle der Arbeitsunfähigkeit erlangen konnten. Dieses Verfahren wird durch die Neuregelungen in § 53 Abs. 5 nachvollzogen, indem ein Wahltarif für Krankengeld eingeführt wird.

Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes haben, war entsprechend der Regelung in § 242 (alt) der allgemeine Beitragssatz zu erhöhen. Sinn und Zweck der Regelung bestand darin, dass bei diesen Versicherten erhöhte Krankengeldrisiko abzudecken. Von dieser Regelung waren insbesondere Personen umfasst, die wegen der Dauer ihres Beschäftigungsverhältnisses von vornherein keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung von mindestens 6 Wochen erwerben können. Dies trifft auf Personen in einer unständigen Beschäftigung zu (§ 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III) und auf Personen, deren Beschäftigungsverhältnis im Voraus auf weniger als 10 Wochen befristet ist. Denn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung entsteht erst nach einer vierwöchigen

Wartezeit (§ 3 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes), so dass der 6-wöchige Entgeltfortzahlungsanspruch erst dann voll ausgeschöpft werden kann, wenn das Arbeitsverhältnis für insgesamt 10 Wochen besteht. Durch den Ausschluss des grundsätzlichen Krankengeldanspruches gilt für die vorgenannten Beschäftigten künftig der ermäßigte Beitragssatz nach § 243. Zur Absicherung im Krankheitsfall können diese Versicherten nunmehr über die Neuregelung in § 53 einen auf ihre Bedürfnisse abgestellten Tarif mit Krankengeldanspruch wählen. Dies gilt nach Satz 3 nicht für in Heimarbeit Beschäftigte nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes. Aufgrund ihrer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit sollen in Heimarbeit Tätige vom Anspruch auf Krankengeld wie bisher nicht ausgeschlossen sein. Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen haben, bleibt der Anspruch auf Krankengeld unberührt; dies gilt auch für den Krankengeldanspruch in der vierwöchigen Wartezeit nach § 3 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes.

Sofern Bezieher von Krankengeld bisher eine Rente bezogen haben, die mit denen in § 50 genannten Leistungen vergleichbar ist, entfiel weder der Anspruch auf Krankengeld noch wurde das Krankengeld entsprechend gekürzt. Dies stellt eine Ungleichbehandlung von Versicherten dar, die entsprechende Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, so dass die Ergänzung in Nummer 4 sachgerecht ist. Durch die neu bezogene Leistung, welche das Krankengeld als Einnahme zum Lebensunterhalt regelmäßig ablöst, ist der Lebensunterhalt weiter sichergestellt.

Zu Nummer 30a (§ 46)

Zu den Buchstaben a und b

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Abweichend davon sah das bisherige Recht eine Sonderregelung vor, wonach bei Abgabe einer entsprechenden Erklärung gegenüber der Künstlersozialkasse der Krankengeldanspruch bereits vor Ablauf von sechs Wochen zu dem von der Satzung der Krankenkasse bestimmten Zeitpunkt, jedoch spätestens mit dem Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit entsteht. In diesem Fall hatte der Versicherte den sich aus § 242 (alt) ergebenden Erhöhungsbetrag an die Künstlersozialkasse zu zahlen. Dieses Verfahren wird durch die Neuregelung in § 53 Abs. 5 nachvollzogen, in dem ein Wahltarif für Krankengeld mit entsprechender Prämienzahlung eingeführt wird. Die Regelungen in § 242 (alt) sind dadurch entbehrlich.

Zu Nummer 31 (§ 52)

Durch medizinisch nicht notwendige Schönheitsoperationen, Piercing und Tätowierungen entstehen oft gravierende Gesundheitsstörungen, deren Behandlung nach der bisherigen Rechtslage durch die Krankenkassen finanziert werden muss. Da sich Versicherte, die derartige Maßnahmen durchführen lassen, aus eigenem Entschluss gesundheitlichen Risiken aussetzen, ist es nicht sachgerecht, diese Risiken durch die Versichertengemeinschaft abzudecken. Hier ist von den betroffenen Versicherten die Übernahme von Eigenverantwortung einzufordern. Die Krankenkassen haben sie daher an den Behandlungskosten angemessen zu beteiligen und Krankengeld gegebenenfalls ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

Zu Nummer 32 (§ 52a)

Mit dieser Vorschrift soll die Solidargemeinschaft der Versicherten vor einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen durch Personen im Rahmen der neu eingeführten Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 geschützt werden. Erfasst werden Fälle, in denen der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen ist es nicht gerechtfertigt, dass z. B. aufwändige, hochtechnisierte Operationen wie Organtransplantationen zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu erbringen sind. Von dem Leistungsausschluss nicht betroffen ist dagegen die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Näheres zur Durchführung wird von der Krankenkasse in ihrer Satzung geregelt.

Die Krankenkasse kann vom Versicherten nach den allgemeinen Vorschriften (vgl. §§ 45, 50 SGB X) Ersatz für Leistungen fordern, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden.

Zu Nummer 33 (§ 53)

Die Wahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung soll erhöht werden. Sie ist Voraussetzung für mehr Transparenz und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Zu Absatz 1

Die bisherige Regelung zu Selbstbehaltstarifen wird auch für Pflichtversicherte geöffnet und nicht mehr an die Kostenerstattung gekoppelt. Erfahrungen der Krankenkassen haben gezeigt, dass auch im Sachleistungssystem Selbstbehaltstarife realisierbar sind. Der Abrechnungszeitraum für Selbstbehaltstarife beträgt 1 Jahr, die Mindestbindungsfrist 3 Jahre.

Zu Absatz 2

Die bisherige Regelung zur Beitragsrückerstattung wird in den Absatz 2 übernommen. Sie wird insoweit redaktionell angepasst, als der Begriff „Beitragsrückerstattung“ nicht mehr verwendet wird. Da die Krankenkassen keine Beiträge mehr erheben, können sie keine Beiträge rückerstatten. Es sind daher jetzt Prämienzahlungen vorgesehen. Die Regelung wird auch für Pflichtversicherte geöffnet.

Zu Absatz 3

Für spezielle Versorgungsformen hat die Krankenkasse spezielle Tarifgestaltungen anzubieten. Dies betrifft Modellvorhaben, die hausarztzentrierte Versorgung, Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMPs und die integrierte Versorgung. Die Krankenkasse kann Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen mit dem Tarif verbinden. Prämienberechtigt sind alle Versicherten; zu berücksichtigen ist jedoch die Kappungsgrenze je Mitglied nach Absatz 7.

Zu Absatz 4

Für Kostenerstattung kann die Krankenkasse Wahltarife einführen. Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden. Beispielsweise wäre es möglich, dem Versicherten den 2,3-fachen Satz nach GoÄ/GoZ zu erstatten. Für die Mehrkosten, die dies gegenüber Sachleistungen bedeutet,

muss die Kasse eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung des Versicherten einfordern. Diese Tarifmöglichkeit stärkt die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber der privaten Krankenversicherung.

Zu Absatz 5

Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 44 Abs. 2) oder bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben (z. B. unständig Beschäftigte) zahlen Beiträge nach dem ermäßigten Beitragssatz (vgl. § 243).

Die Krankenkassen haben ihren Mitgliedern, denen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen entgeht (vgl. § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3), Tarife anzubieten, die die Ansprüche auf Krankengeld beinhalten, insbesondere im Hinblick auf den Beginn dieser Leistung. Diese Mitglieder entscheiden somit eigenständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall.

Von dieser Regelung profitieren beispielsweise freiwillig versicherte Selbständige. Viele Selbständige haben kein Interesse an der Leistung Krankengeld, da z. B. ein Betrieb auch bei Arbeitsunfähigkeit des selbständigen Unternehmers als Existenzgrundlage weiter geführt werden kann. Dementsprechend sah das bisherige Recht Krankengeld nicht als Pflichtleistung der Krankenkasse vor. Die Krankenkasse konnte Selbständige zu ermäßigten oder erhöhten Beitragssätzen entsprechende Angebote machen, verbunden mit Veränderungen der Beitragshöhe. Durch den Wegfall der Satzungsregelungen in § 44 Abs. 2 wird mit der neu geschaffenen Möglichkeit, über besondere Wahltarife einen individuellen Krankengeldanspruch zu erlangen, den Interessen der Selbständigen Rechnung getragen.

Auch andere Personengruppen, wie zum Beispiel kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung, können entsprechende Tarife abschließen. Da viele dieser Beschäftigungen kurzfristig angenommen werden, haben die Krankenkassen umfassende Aufklärungsarbeit zu den Zusatztarifen zu leisten. Positiver Nebeneffekt ist der Ausschluss eines Missbrauchspotenzials. Bislang hatte der betroffene Personenkreis einen sofortigen Anspruch auf Krankengeld bei Zahlung des erhöhten Beitragssatzes nach § 242 (alt). Letzterer ist durch die Neuregelung des § 53 entbehrlich.

Die nach dem KSVG versicherten selbständigen Künstler und Publizisten konnten nach der bisherigen Rechtslage wählen, ob sie ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit oder von einem früheren Zeitpunkt an Krankengeld beziehen wollen. In letzterem Fall setzte der Krankengeldbezug spätestens ab der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit ein. Die damit verbundene höhere Beitragsbelastung hatten die KSVG Versicherten allein zu tragen und gemäß § 16 Abs. 1 KSVG (alt) an die Künstlersozialkasse abzuführen. Durch die neu geschaffene Wahlmöglichkeit des § 53 wird das bisherige Verfahren ersetzt. Der KSVG Versicherte hat anstelle den sich aus § 242 (alt) ergebenden Erhöhungsbeitrag an die Künstlersozialkasse zu entrichten, künftig eine individuelle Prämie an seine Krankenkasse zu zahlen.

Zu Absatz 6

Nach bisheriger Rechtslage konnte die Krankenkasse einen ermäßigten Beitragssatz nicht nur bei verkürztem Krankengeldanspruch, sondern auch dann vorsehen, wenn der Umfang der sonstigen Leistungen beschränkt war. Diese Regelung zielte vor allem auf Mitglieder ab, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt hatten. Mit der Änderung des § 243 entfällt die Möglichkeit einer Beitragssatzermäßigung. Die Krankenkassen können stattdessen Prämienrückzahlungen in einem der Leistungsbeschränkung entsprechenden Umfang vorsehen.

Zu Absatz 7

Die Krankenkasse regelt in ihrer Satzung das Nähere der Tarifgestaltung. Die Mindestbindungsfrist von 3 Jahren ist erforderlich, um missbräuchliche Wechsel zwischen Tarifen je nach Erwartung der Inanspruchnahme von Leistungen zu verhindern. Dies gilt allerdings nicht für Tarife nach Absatz 3, die sich auf besondere Versorgungsformen beziehen (z. B. hausarztzentrierte Versorgung). Hier wird die Mindestbindungszeit auf 1 Jahr in den Regelungen zur Ausgestaltung des Versorgungsangebots festgelegt. Ein Sonderkündigungsrecht für Wahltarife stellt sicher, dass Versicherte in besonderen Härtefällen nicht an diesen Wahltarif gebunden sind.

Für die Bindungszeit ist eine Kündigung der Kasse und damit der Kassenwechsel ebenfalls künftig ausgeschlossen. Die Höhe der Prämienzahlung an Versicherte wird begrenzt. Dies ist erforderlich um Missbrauchsmöglichkeiten, z. B. für Versicherte, die nur geringe Beiträge zahlen, zu verhindern. Die Begrenzung bewirkt zugleich, dass Selbstbehalttarife und Tarife, die für Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen vorsehen, nur eingeschränkt möglich sind. Der Selbstbehalt muss damit im angemessenen Verhältnis zur Prämienrückzahlung stehen. Insgesamt wird eine Kappungsgrenze eingeführt, die verhindert, dass Prämienzahlungen in der Kumulation außer Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen stehen. Versicherte, deren Beiträge ganz von Dritten getragen werden, (z. B. ALG-II-Empfänger) können nur Wahltarife zu besonderen Versorgungsformen wählen. Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung usw. sind ihnen verschlossen. Angesichts niedriger, in der Regel nicht kostendeckender Beiträge würden Prämienzahlungen für diesen Personenkreis deren Finanzierungsanteil noch weiter absenken. Dies wäre im Vergleich zu Versicherten, die hohe Beiträge zahlen, nicht sachgerecht.

Zu Absatz 8

Wahltarife dürfen nicht zu Quersubventionierungen durch die übrigen Versicherten führen. Daher sind Sicherungsmechanismen zu beachten. Die schon im bisherigen § 65a Abs. 4 bestehenden Regelungen einschließlich einer Berichtspflicht gegenüber der Aufsichtsbehörde werden daher übernommen. Die Anforderung, dass die Aufwendungen für Wahltarife aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssen, wird stringenter gefasst. Hier wird künftig nicht mehr nur der mittelfristige Zeitraum betrachtet. Die Betrachtung muss vielmehr zeitraumunabhängig erfolgen. Zu beachten ist, dass jeder Wahltarif für sich betrachtet diesen Anforderungen gerecht werden muss.

Zu Nummer 34 (§ 54)

Die Regelung zur Beitragsrückerstattung wird in § 53, der die Vorschriften zu Wahltarifen zusammenfasst, überführt.

Zu Nummer 35 (§ 56)

Folgeänderungen zur Änderung des § 94 Abs. 1 und des § 87 Abs. 6.

Zu Nummer 36 (§ 57)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die nach geltendem Recht den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zugewiesene Aufgabe, mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen zu vereinbaren, wird künftig dem Spitzenverband Bund übertragen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise werden von dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Verband der Zahntechniker-Innungen ermittelt.

Zu Nummer 37 (§ 62)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Verknüpfung der Regelung über die verminderte Belastungsgrenze mit der Inanspruchnahme der in § 25 Abs. 1 und 2 definierten Vorsorgeuntersuchungen soll die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten betont werden. Künftig sollen nur die Versicherten von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, die vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu bestimmenden Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Denn die frühzeitige Erkennung einer Krankheit oder einer zugrunde liegenden Risikokonstellation kann durch Maßnahmen der Primärprävention beziehungsweise einen frühen Therapiebeginn und die damit verbundene Aussicht auf eine Vermeidung von Folgeerkrankungen oder -komplikationen zu einem insgesamt günstigeren Krankheitsverlauf führen. Dabei besteht bei den Krebserkrankungen ein Indikationsbezug, d. h. der Sanktionsmechanismus greift nur dann, wenn der Versicherte an einer Krebsart erkrankt, für die eine Früherkennungsmöglichkeit besteht, der Versicherte diese aber nicht wahrgenommen hat.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt Ausnahmen fest, in denen die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nicht zwingend zur Erreichung der 1-Prozent-Zuzahlungsgrenze vorzugeben ist. Zum Beispiel können belastende und sehr kostenaufwändige Gesundheitsuntersuchungen nicht generell, sondern nur in medizinisch indizierten Fällen obligatorisch zur Bonusgewährung sein. Auch können einzelne Personengruppen, beispielsweise Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen nach § 37a, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zumutbar ist, von der Pflicht zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ausgenommen werden.

Die Dokumentation der regelmäßigen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen soll im Rahmen eines für alle Kassen einheitlichen Bonusheftes erfolgen.

Die Altersgrenzen in den Nummern 1 und 2 bewirken, dass nur Versicherte, die bei Inkrafttreten des Gesetzes erstmals Vorsorgeuntersuchungen nach § 25 in Anspruch nehmen können, von der Neuregelung betroffen werden. Erfasst werden also für den Bereich des „Gesundheits-Check-Ups“ nach § 25 Abs. 1 Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen nach § 25 Abs. 2 Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr und Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr. Eine rückwirkende Sanktion für die Nichtinanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in der Vergangenheit wird es nicht geben.

Die Mitwirkung chronisch kranker Patienten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f gilt ebenfalls als Ausdruck der besonderen Eigenverantwortung. Für Versicherte, die die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen versäumt haben, die aber nach Ausbruch der Erkrankung an einem solchen Programm teilnehmen, gilt deshalb gleichfalls die verminderte Belastungsgrenze.

Zu Doppelbuchstabe bb

Alle bereits heute nach der bisherigen „Chroniker-Regelung“ begünstigten Versicherten fallen auch künftig unter die reduzierte Belastungsgrenze; Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten. Die Bescheinigung über die Fortdauer der chronischen Erkrankung darf deshalb nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten feststellt. Dies kann beispielsweise die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm sein, soweit ein solches für die jeweilige Krankheit besteht; in anderen Fällen bestimmt der behandelnde Arzt die geeignete Therapie. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass von der verminderten Belastungsgrenze nach Satz 2 nicht profitiert, wer den eigenen Heilungserfolg gefährdet. Ein therapiegerechtes Verhalten dient der Sicherung des Heilungserfolges.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Form frühzeitig zu Beginn eines Kalenderjahres über die für sie im Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen zu informieren und damit auf deren Inanspruchnahme hinzuwirken.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen über die Belastungsgrenze sollen einerseits für die soziale Ausgewogenheit der Zuzahlungspflicht sorgen, andererseits muss sichergestellt sein, dass die beabsichtigte Steuerungswirkung hierdurch nicht übermäßig beeinträchtigt wird. Dies gilt insbesondere für Ausnahmeregelungen bei der Praxisgebühr. Als Beitrag zur Versachlichung der Diskussion wird der Selbstverwaltung aufgegeben, die Regelung in dieser Hinsicht entweder selbst zu evaluieren oder wissenschaftlich evaluieren zu lassen, um die Regelung gegebenenfalls auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse fortentwickeln zu können.

Zu Nummer 38 (§ 64 Abs. 2 Satz 1)

Die Streichung dient der Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der

Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Zu Nummer 39 (§ 65a)

Zu Buchstabe a

Es soll deutlich gemacht werden, dass in den Satzungen der einzelnen Krankenkassen getroffene Bonusregelungen unabhängig von der für alle Versicherten geltenden abgesenkten Belastungsgrenze nach § 62 zu handhaben sind.

Zu den Buchstaben b und c

Folgeregelung zur Einführung von Wahltarifen in § 53: Eine gesonderte Regelung für Boni für die Teilnahme an bestimmten Versorgungsformen wird durch die Einführung spezieller Tarife, die unter anderem auch an diese Versorgungsformen anknüpfen, überflüssig.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Aufhebung des Satzes 4 ist keine materielle Rechtsänderung verbunden; das Verbot der Beitragssatzerhöhung zur Finanzierung von Bonusregelungen ergibt sich vielmehr implizit bereits aus dem Gebot des Satzes 1, wonach die Aufwendungen für Bonusprogramme durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen kompensiert werden müssen. Ab […] verlieren die Kassen zudem die Zuständigkeit zur Festsetzung der Beitragssätze.

Zu Nummer 40 (§ 65b)

Zu Buchstabe a

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Modellförderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung um eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich wahrzunehmende Aufgabe handelt, wird die Modellförderung im Zuge der Reform der Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen künftig dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugewiesen.

Zu Buchstabe b

Am Prinzip der Umlagefinanzierung nach Mitgliederzahlen wird festgehalten. Allerdings erfordert die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen als redaktionelle Folgeänderung eine Umstellung auf die einzelnen Krankenkassen als Träger der Umlage, da sie Mitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind.

Zu Nummer 41 (§ 71)

Die Krankenkassen haben auch in Zukunft den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Zwar legen sie nicht mehr selbst den allgemeinen Beitragssatz fest. Dieser wird künftig per Rechtsverordnung normiert. Allerdings haben Verträge mit Leistungserbringern auch künftig Auswirkungen auf die Balance zwischen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen. Zur Vermeidung überhöhter Ausgaben müssen die Krankenkassen deshalb weiterhin die Beitragssatzstabilität im Auge behalten sowohl hinsichtlich des allgemeinen Beitragssatzes als auch hinsichtlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

Zu Nummer 42 (§ 72a)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 43 (§ 73)

Zu Buchstabe a

Im Rahmen der Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen wird auf eine gemeinsame und einheitliche Vereinbarung über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung verzichtet.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung ergänzt die Vorschriften zur Stärkung des Vertragsprinzips in der Arzneimittelversorgung. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Vertragsärzte ebenso wie Versicherte (vgl. die Neuregelung in § 305 Abs. 3) über preisgünstige Bezugsquellen für Arzneimittel zu informieren; dies berührt nicht das Recht der freien Wahl des Anbieters durch Vertragsärzte und Versicherte.

Zu Nummer 44 (§ 73a)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Verbändestruktur.

Zu den Buchstaben b und c

Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Zu Nummer 45 (§ 73b)

Die Neuregelung stellt die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in das SGB V eingeführte Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche (hausarztzentrierte) Versorgung anzubieten, auf eine neue Grundlage: Zum einen werden die inhaltlichen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich ausgestaltet und zum anderen werden die von den Krankenkassen mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließenden Verträge aus ihrer bisherigen Einbettung in einen gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst. Des Weiteren werden die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Krankenkassen ihren Versicherten eine derartige flächendeckende Versorgung zur Verfügung zu stellen. Dies bedeutet, dass eine Krankenkasse zur Sicherstellung ihrer Verpflichtung gegenüber den Versicherten entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenkassen entsprechende Verträge mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließen haben oder zumindest mit anderen Krankenkassen insoweit kooperieren müssen, damit ihre Versicherten an den von diesen geschlossenen Verträgen teilnehmen können.

Absatz 2 umschreibt die Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung, deren Erfüllung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zum Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven unverzichtbar sind. Dies sind insbesondere die Verbesserung der Pharmakotherapie, der Einsatz von wissenschaftlich begründeten und zugleich praxiserprobten hausärztlichen Leitlinien, die Konzentration der ärztlichen Fortbildung auf hausarzttypische Probleme sowie die Verbesserung der Prozessqualität durch Einführung eines hausarztspezifischen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Die Anforderungen nach den Nummern 3 und 4 lösen keinen zusätzlichen Aufwand aus, da der Hausarzt mit der Erfüllung dieser Anforderungen seine ohnehin bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen zur Fortbildung und zum internen Qualitätsmanagement erfüllt.

Absatz 3 regelt die Auswirkungen der Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung auf seine Arztwahlfreiheit: Ebenso wie in der hausarztzentrierten Versorgung nach geltendem Recht geht die Neuregelung von einem Einschreibemodell aus. Die freiwillige Selbstbindung des Versicherten an einen bestimmten Hausarzt und an seine Überweisung zur Inanspruchnahme eines Facharztes (Ausnahmen durch Satzung sind zulässig) sind ein grundlegender Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung. Denn sie ermöglicht dem Hausarzt, seiner Steuerungsverantwortung nachzukommen, durch die unnötige Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen vermieden werden sowie insbesondere auch eine koordinierte, medizinisch sinnvolle und effiziente Pharmakotherapie erleichtert wird. Nur eine Einschreibung der Versicherten bringt deshalb der Krankenkasse die Planungssicherheit, um in entsprechenden Verträgen mit den Leistungserbringern die notwendigen Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die ihr ermöglichen, den Versicherten durch Auslobung eines Teilnahmebonus an den erzielten Effizienzerfolgen teilhaben zu lassen.

Wie bereits nach geltendem Recht haben die Krankenkassen das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung in ihren Satzungen zu regeln. Dabei haben sie insbesondere die Bindung an den gewählten Hausarzt, Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und die Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten zu regeln (vgl. zu Letzterem auch Ausführungen in der Begründung zu Absatz 5 zu entsprechenden Prüfungsmaßnahmen). Regelungsbedürftig ist damit z. B. der Fall, dass ein Versicherter nicht nur den von ihm gewählten Hausarzt, sondern einen weiteren Hausarzt aufsucht, um sich eine Zweitmeinung einzuholen. Da die Krankenkasse nach Absatz 7 verpflichtet ist, die Gesamtvergütung für den eingeschriebenen Versicherten zu mindern, darf die Inanspruchnahme des weiteren Hausarztes nicht zu Lasten der Gesamtvergütung erfolgen. Vielmehr hat der Versicherte die Kosten für die Einholung der Zweitmeinung selbst zu tragen.

Absatz 4 bestimmt die möglichen Vertragspartner der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Leistungserbringerseite. In Fortentwicklung des geltenden Rechts (§ 73b Abs. 2 Satz 2) können die Verträge – in Anlehnung an § 140b Abs. 1 Nr. 4 – auch mit Managementgesellschaften geschlossen werden, die sich verpflichten, die hausarztzentrierte Versorgung mit entsprechend qualifizierten vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführen.

Das Vertragsanbahnungsgeschäft erfolgt ebenso wie bei der hausarztzentrierten Versorgung nach geltendem Recht: Die einzelnen Leistungserbringer haben Entscheidungsfreiheit beim Abschluss von Verträgen und die einzelnen Krankenkassen haben ein willkürfrei auszuübendes Auswahlermessen.

Als Konsequenz aus der Überführung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten von der kollektivvertraglichen Organisation in die selektivvertragliche Organisation wird der entsprechende Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bezogen auf die Versicherten, die an der selektivvertraglich organisierten hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, durch den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen substituiert, solange derartige Verträge bestehen. Daraus folgt, dass auch die dem Sicherstellungsauftrag immanente Pflicht zum Notdienst in dem Umfang auf die Krankenkassen übergeht, der dem hausärztlichen Versorgungsauftrag der teilnehmenden Versicherten entspricht; aus Praktikabilitätsgründen kann jedoch die Krankenkasse diese Bereitstellungsverpflichtung durch Zahlung eines entsprechenden Aufwendungsersatzes an die Kassenärztliche Vereinigung erfüllen.

Auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung, d. h. die regionale Umverteilungsplanung mit Zulassungssperren, hat der Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung keine Auswirkung. Zum einen sind die auf der Basis dieser Verträge tätigen Ärzte zugelassene und damit bedarfsgeplante Ärzte und zum anderen stehen sie auch weiterhin der hausärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung, lediglich – während der Dauer des Vertrages – auf einer anderen Rechtsgrundlage; der örtliche hausärztliche Versorgungsgrad entsprechend den Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ändert sich also durch Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nicht. Folgerichtig wird in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV bestimmt, dass die Pflicht des Vertragsarztes, im erforderlichen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, durch den Abschluss entsprechender Verträge nicht verletzt wird.

Absatz 5 regelt, dass die Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung im Einzelnen den Vertragspartnern obliegt, d. h. insbesondere die Mindestanforderungen nach Absatz 2 zu operationalisieren und eine angemessene Vergütung zu vereinbaren. Hinsichtlich des Gestaltungsermessens der Vertragspartner bezüglich Inhalt und Organisation der hausärztlichen Versorgung lehnt sich die Regelung in Absatz 5 an die entsprechende Vorschrift in § 140b Abs. 3 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 an. Außerdem wird durch die entsprechende Inbezugnahme der durch das GMG in das SGB V eingefügten Regelung zur Abrechnungsprüfungspflicht der Krankenkassen sichergestellt, dass die Krankenkassen einem möglichen Fehlverhalten der hausärztlichen Leistungserbringer und der teilnehmenden Versicherten durch Prüfungsmaßnahmen in entsprechender Anwendung der Abrechnungsprüfungen gemäß § 106a Abs. 3 an der Schnittstelle Selektivvertrag/Kollektivvertrag entgegenwirken.

Ein Fehlverhalten des hausärztlichen Leistungserbringers ist insbesondere darin zu sehen, dass er seine vertraglichen Leistungen nicht nur im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung, sondern ein zweites Mal zu Lasten der (bereinigten) Gesamtvergütung, die von der

Krankenkassen ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung gezahlt wird, in Rechnung stellt.

Ein Fehlverhalten des Versicherten kann darin bestehen, dass er – entgegen seiner nach Absatz 3 vertraglich freiwillig eingegangenen Verpflichtung – Leistungen von nicht selektivvertraglich gebundenen hausärztlichen Leistungserbringern sowie ambulante fachärztliche Behandlung ohne Überweisung des gewählten Hausarztes zu Lasten der Gesamtvergütung in Anspruch nimmt, die bezogen auf die teilnehmenden Versicherten und den Leistungsbedarf nach Absatz 6 risikogerecht zu bereinigen und somit zu verringern ist.

Absatz 6 verpflichtet die Krankenkassen, ihre Versicherten über Sinn und Zweck einer hausarztzentrierten Versorgung sowie über die in einem Umkreis, der für eine hausärztliche Betreuung sinnvoll erscheint, niedergelassenen und an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

Zur Vermeidung der Doppelfinanzierung verpflichtet Absatz 7 die Vertragspartner der Gesamtverträge zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag, den die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrages bezogen auf die selektivvertraglich versorgten Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte. Für die Finanzierung der Leistungen aus Verträgen nach Absatz 4 gibt Absatz 7 deshalb für die Jahre 2007 und 2008 eine Bereinigung der Gesamtvergütung (Satz 1) und ab dem Jahre 2009 eine Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes vor (Satz 2). Zu bereinigen ist die Gesamtvergütung nur um solche Leistungsbereiche, die aus der vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die selektivvertraglich organisierte hausarztzentrierte Versorgung übergehen. Das bedeutet, dass bei der Verminderung der Gesamtvergütung sowie bei der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nur solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls abrechenbar sind. Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens ist zweckmäßigerweise auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen für die Berechnung des Bereinigungsbetrages mit dem von der Kassenärztlichen Vereinigung der Krankenkasse in der letzten verfügbaren Abrechnung (so genanntes Formblatt 3) maßgeblichen Punktwert bewertet werden. Diese Regelungen – auch zur Konfliktlösung im Schiedsamt (Satz 3) – entsprechen den mit diesem Gesetz vorgegebenen Bereinigungen der Gesamtvergütungen und des Behandlungsbedarfs für Leistungen in Verträgen nach § 73c sowie der integrierten Versorgung (§ 140d Abs. 2). Satz 4 verpflichtet die Krankenkassen, die für die Bestimmung des Bereinigungsbetrages erforderlichen Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem zuständigen Verband der Krankenkassen auf Landesebene zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Einzelverträge, deren Leistungsinhalt und deren Teilnehmer. Entsprechende Daten liegen bei den für die Bereinigungsverfahren zuständigen Vertragsparteien, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht vor.

Eine pauschale Bereinigung, wie in Form der Anschubfinanzierung für die Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung, ist hier nicht vorgesehen. Deshalb sind hier weitestgehend exakte und sachgerechte Verfahren der Bereinigung der Gesamtvergütungen in den Gesamtverträgen für die in die Einzelverträge übergehenden ambulanten ärztlichen Leistungsanteile zu vereinbaren. Summarische Datengrundlagen, wie z. B. die Zahl der teilnehmenden Versicherten und Leistungserbringer, reichen hierfür nicht aus. Heranzuziehen sind vielmehr arzt- und versichertenbezogene Abrechnungs- und Leistungsdaten (Arzt- und Krankenversichertennummern, Gebührenpositionen, Diagnosen) aus dem Abrechnungszeitraum, auf den sich die Bereinigung bezieht.

Zu Nummer 46 (§ 73c)

Die Neuregelung in § 73c ersetzt den bisherigen § 73c. Im Gegensatz zum geltenden Recht wird zukünftig die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert.

Absatz 1 ermöglicht den Krankenkassen, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss von Selektivverträgen anzubieten. Dabei wird den Krankenkassen – anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b – überlassen, ob und in welchem Umfang sie derartige Verträge abschließen. Gegenstand der Verträge können daher Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Welche Vertragsformen im Bereich der ärztlichen Versorgung sinnvoll sind, soll der Wettbewerb entscheiden. Gesetzlich vorgegeben wird lediglich, dass – wie in der hausarztzentrierten Versorgung – die im Kollektivvertragssystem geltenden Qualitätsanforderungen vertraglich nicht unterschritten werden können.

Die Selbstbindung der teilnehmenden Versicherten nach Absatz 2 hat denselben Inhalt wie bei der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung: Der Versicherte verpflichtet sich durch seine freiwillige Selbstbindung, nur die selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Andere ärztliche Leistungserbringer dürfen nur auf Überweisung der vertraglich verpflichteten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Diese Selbstbindung ist Grundlage für die notwendige Planungssicherheit der Vertragspartner der Selektivverträge sowie für die in Absatz 6 angeordnete Bereinigung der im Kollektivvertragssystem gezahlten Vergütung.

Wie bei der hausarztzentrierten Versorgung haben die Krankenkassen das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten an einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung in ihren Satzungen zu regeln. Dabei haben sie insbesondere die Bindung an den gewählten ärztlichen Leistungserbringer, Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und die Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten zu regeln (vgl. zu Letzterem auch Ausführungen in der Begründung zu Absatz 4 zu entsprechenden Prüfungsmaßnahmen). Regelungsbedürftig ist damit z. B. der Fall, dass ein Versicherter nicht nur den selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer, sondern einen anderen ärztlichen Leistungserbringer aufsucht, um sich eine Zweitmeinung einzuholen. Da die Krankenkasse nach Absatz 6 verpflichtet ist, die Gesamtver-

gütung für den eingeschriebenen Versicherten zu mindern, darf die Inanspruchnahme des weiteren Arztes nicht zu Lasten der Gesamtvergütung erfolgen. Vielmehr hat der Versicherte die Kosten für die Einholung der Zweitmeinung selbst zu tragen.

Vertragspartner der Krankenkassen können nach Absatz 3 – ebenso wie bei der hausarztzentrierten Versorgung – die vertragsärztlichen Leistungserbringer, deren Gemeinschaften und die aus der integrierten Versorgung bereits bekannten Managementgesellschaften sein; dies entspricht im Grundsatz den Anforderungen an die Leistungserbringerseite bei der integrierten Versorgung nach § 140b Abs. 1. Anders als bei der hausarztzentrierten und der integrierten Versorgung können Vertragspartner der Verträge nach § 73c allerdings auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die bedarfsgerechte Auswahl der Vertragspartner hat die Krankenkasse auf der Grundlage öffentlich ausgeschriebener, objektiver Auswahlkriterien vorzunehmen. Diese Regelung entspricht den bereits im geltenden Recht an ähnliche Auswahlentscheidungen gestellten Anforderungen, vgl. § 73b Abs. 2 Satz 2, § 73c Abs. 2 Satz 3 (alt), § 127 Abs. 2 Satz 2.

Macht die Krankenkasse von der Option Gebrauch, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss entsprechender Selektivverträge anzubieten und nehmen die Versicherten dieses Angebot an, dann geht im Umfang der selektivvertraglich organisierten Versorgungsaufträge und für die Dauer der Vertragslaufzeit und der Selbstbindung des Versicherten der Sicherstellungsauftrag auf die vertragsschließende Krankenkasse über; hierin eingeschlossen ist anteilmäßig der entsprechende Notdienst, den die Krankenkasse allerdings – aus Gründen der Praktikabilität – weiterhin gegen Aufwendungsersatz durch die Kassenärztliche Vereinigung sicherstellen lassen kann.

Der Inhalt der Selektivverträge wird, soweit wie möglich, der Ausgestaltung der Vertragspartner überlassen, da nur so qualitätsorientierter Wettbewerb entstehen kann. Lediglich die in der kollektivvertraglichen Leistungserbringung geltenden personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen gelten als gesetzlicher Mindestrahmen (s. o.). Im Übrigen ist das den Vertragspartnern gesetzlich eingeräumte Gestaltungsermessen bezüglich Inhalt und Organisation der vertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge – ebenso wie bei der hausarztzentrierten Versorgung – den entsprechenden Vorschriften zur integrierten Versorgung in § 140b Abs. 3 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 nachgebildet.

Außerdem wird durch die entsprechende Inbezugnahme der durch das GKV-Modernisierungsgesetz in das SGB V eingefügten Regelung zur Abrechnungsprüfungspflicht der Krankenkassen sichergestellt, dass die Krankenkassen einem möglichen Fehlverhalten der selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer und der teilnehmenden Versicherten durch Prüfungsmaßnahmen in entsprechender Anwendung der Abrechnungsprüfungen gemäß § 106a Abs. 3 an der Schnittstelle Selektivvertrag/Kollektivvertrag entgegenwirken. Ein Fehlverhalten des selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringers ist insbesondere darin zu sehen, dass er seine vertraglichen Leistungen nicht nur im Rahmen des Selektivvertrages, sondern ein zweites Mal zu Lasten der (bereinigten) Gesamtvergütung, die von der Krankenkasse ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung gezahlt wird, in Rechnung stellt. Ein Fehlverhalten des Versicherten kann darin bestehen, dass er – entgegen seiner nach Absatz 2 vertraglich freiwillig eingegangenen Verpflichtung – Leistungen von nicht selektivvertraglich gebundenen ärztlichen Leistungserbringern zu Lasten der Gesamtvergütung in Anspruch nimmt, die bezogen auf die teilnehmenden Versicherten und den Leistungsbedarf nach Absatz 6 risikogerecht zu bereinigen und somit zu verringern sind.

Auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung, d. h. die regionale Umverteilungsplanung mit Zulassungssperren, hat der Abschluss von Selektivverträgen keine Auswirkung. Zum einen sind die auf der Basis dieser Verträge tätigen Ärzte zugelassene und damit bedarfsgeplante Ärzte und zum anderen stehen sie auch weiterhin der Versorgung der Versicherten zur Verfügung, lediglich – während der Dauer des Vertrages – auf einer anderen Rechtsgrundlage; der örtliche Versorgungsgrad entsprechend den Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ändert sich also durch Abschluss von Selektivverträgen nicht. Folgerichtig wird in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV bestimmt, dass die Pflicht des Vertragsarztes, im erforderlichen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, durch den Abschluss entsprechender Verträge nicht verletzt wird.

Absatz 5 verpflichtet die Krankenkassen zu umfassender Information ihrer Versicherten über die von ihnen abgeschlossenen Verträge, damit die Versicherten auf der Grundlage dieses Kenntnisstandes fundiert entscheiden können, ob sie das Angebot derartiger Versorgungsträger annehmen.

Zur Vermeidung der Doppelfinanzierung verpflichtet Absatz 6 die Vertragspartner der Gesamtverträge zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag, den die Erfüllung des selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsauftrages bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte. Für die Finanzierung der Leistungen aus Selektivverträgen nach Absatz 4 gibt Absatz 6 deshalb für die Jahre 2007 und 2008 eine Bereinigung der Gesamtvergütung (Satz 1) und ab dem Jahre 2009 eine Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes vor (Satz 2). Zu bereinigen ist die Gesamtvergütung nur um solche Leistungsbereiche, die aus der vertragsärztlich organisierten ärztlichen Versorgung in die selektivvertraglich organisierte ärztliche Versorgung übergehen. Das bedeutet, dass bei der Verminderung der Gesamtvergütung sowie bei der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nur solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls abrechenbar sind. Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens ist zweckmäßigerweise auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen für die Berechnung des Bereinigungsbetrages mit dem von der Kassenärztlichen Vereinigung der Krankenkasse in der letzten verfügbaren Abrechnung (so genanntes Formblatt 3) maßgeblichen Punktwert bewertet werden. Diese Regelungen – auch zur Konfliktlösung im Schiedsamt (Satz 3) – entsprechend den mit diesem Gesetz vorgegebenen Bereinigungen der Gesamtvergütungen und des Behandlungsbedarfs für Leistungen in Verträgen nach § 73b sowie der integrierten Versorgung (§ 140d Abs. 2). Satz 4 verpflichtet die Kranken-

kassen, die für die Bestimmung des Bereinigungsbetrages erforderlichen Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem zuständigen Verband der Krankenkassen auf Landesebene zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Einzelverträge, deren Leistungsinhalt und deren Teilnehmer. Entsprechende Daten liegen bei den für die Bereinigungsverfahren zuständigen Vertragsparteien, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht vor.

Für die Erforderlichkeit der Übermittlung von arzt- und versichertenbezogenen Daten wird auf die entsprechenden Ausführungen in der Begründung zu § 73b verwiesen.

Zu Nummer 47 (§ 73d)

Zu Absatz 1

Diese Regelung bezieht sich insbesondere auf gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und andere hochwirksame, neue Arzneimitteltherapien und Verfahren, die z. B. zur Behandlung von Autoimmun- oder Tumorerkrankungen eingesetzt werden. Diese neuen Wirkstoffe haben durch die Zulassung ihre Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität belegt. Allein aus statistischen Gründen besteht allerdings auch für diese Arzneimittel die Gefahr der nachträglichen Entdeckung seltener, schwerwiegender Nebenwirkungen. Die Schwere der betroffenen Erkrankungen sowie der oftmals hohe Preis der Arzneimittel machen vor diesem Hintergrund die gezielte Gewährleistung einer indikationsgerechten Anwendung und einer gezielten Kontrolle der Anwendung notwendig. Zur Gewährleistung einer sicheren und unter therapeutischen Aspekten optimalen Patientenversorgung mit hochmodernen und innovativen Arzneimitteln sind daher an die ärztliche Verordnung dieser Arzneimittel besondere Bedingungen zu knüpfen. Diese setzen in besonderem Maße spezialisierte Fachkenntnisse voraus, die für die Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich sind. Diese Regelung stellt zusätzlich sicher, dass diese Arzneimittel gezielt den Patientengruppen zugute kommen, die davon am meisten profitieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien die Vorgaben zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit für die Anwendung dieser Arzneimittel sowie für die Qualifikations- und Dokumentationsanforderungen, die an die Ärzte gerichtet werden. Hochspezialisierte Diagnostika werden dabei einbezogen.

Die Einholung einer Zweitmeinung bei der Verordnung von besonderen Arzneimitteln ist ein international erprobtes Verfahren. Dazu sind verschiedene Regelungen entwickelt worden, die zumeist in Abhängigkeit von der besonderen Art eines Arzneimittels oder seiner medizinischen Bewertung Bedingungen an die ärztliche Verordnung oder den verordneten Arzt selbst stellen. Vorreiter hierfür sind das Versorgungssystem für Kriegsopfer in den USA sowie das Gesundheitssystem in Australien. In Europa wenden Österreich mit dem so genannten Chefärztlichen Dienst sowie Frankreich und Finnland vergleichbare Zweitmeinungsverfahren an.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Teilnahme von Ärzten an der Versorgung mit besonderen Arzneimitteln.

Die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapie werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen innerhalb einer vorzugebenden Frist festgelegt. Grundsätzlich können alle Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, insbesondere Vertragsärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren und in ärztlich geleiteten Einrichtungen zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt werden, sofern sie nachweisen, dass sie die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Die Bestimmung der besonders qualifizierten Ärzte erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen; ab dem 1. Januar 2008 mit dem Spitzenverband Land der Krankenkassen. Voraussetzung für diese Bestimmung ist die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie, einschließlich Art und Höhe der Vergütungen, offenzulegen. Eine entsprechende Regelung besteht bereits in § 139a Abs. 6 für die Beschäftigten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine vergleichbare Regelung ist auch für das Zweitmeinungsverfahren sachgerecht, da in diesem Rahmen die fachliche Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte, die die Zweitmeinung abgeben, unabdingbare Voraussetzung dafür ist, die Vorgaben zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Anwendung auch tatsächlich erreicht werden können. Krankenkassen können im Rahmen einer Öffnungsklausel einzelvertragliche Vereinbarungen mit Ärzten für die Fälle treffen, in denen eine Bestimmung der Ärzte für besondere Arzneitherapie nicht in angemessener Zeit erfolgt und dies eine Verbesserung des Therapieerfolgs und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung erwarten lässt. Diese Voraussetzung ist insbesondere erfüllt, wenn durch solche Verträge anstelle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten für besondere Arzneitherapie im Rahmen der Vereinbarungen die Einhaltung der Richtlinien für die Verordnung besonderer Arzneimittel besser gewährleistet werden kann. Die freie Arztwahl der Versicherten wird hierdurch nicht zusätzlich eingeschränkt, da bei Einholung einer Zweitmeinung die Verordnungsbefugnis des behandelnden Arztes erhalten bleibt.

Weitere Ärzte und Einrichtungen können dagegen nicht mit der Wahrnehmung von Aufgaben eines Arztes für spezielle Arzneimitteltherapie beauftragt werden, weil diese auch diagnostische und therapeutische Leistungen beinhaltet, für deren Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung diese Leistungserbringer nicht berechtigt sind.

Soweit die Krankenkasse die Möglichkeit nutzt, die Wahrnehmung der Aufgaben der Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapie durch einzelvertragliche Vereinbarungen zu regeln, ist sie verpflichtet, im Rahmen dieser Verträge auch die notwendigen Vereinbarungen zu treffen, damit die Einhaltung der maßgeblichen Richtlinien bei der Verordnung besonderer Arzneimittel gewährleistet wird.

Zu Absatz 3

Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen für die Verordnung von Arzneimitteln kann in Wirtschaftlichkeitsprüfungen geprüft werden. Soweit die Versorgung im Rahmen von Verträgen erfolgt, ist in diesen Verträgen auch die Sicherung der Wirtschaftlichkeit zu prüfen.

Zu Absatz 4

Versorgungsengpässe sollen ausgeschlossen werden. Die Umsetzung erfolgt zeitlich und regional flexibel. Die Umstellung auf das neue System wird erst dann wirksam, wenn eine genügend große Anzahl von Ärzten für spezielle Arzneimitteltherapie in einer Region vorhanden ist. Versicherte sollen einen Arzt für besondere Arzneitherapie in zumutbarer Entfernung und mit zumutbarer Wartezeit erreichen können.

Zu Absatz 5

Durch diese Vorschrift können auch hoch spezialisierte, besonders aufwändige Diagnostika in das Verfahren nach § 73d einbezogen werden, soweit die besondere Wirkungsweise oder die hohen Kosten dieser Mittel dies rechtfertigen. Diagnostika, die keine Arzneimittel sind, werden hierdurch gleichgestellt mit Diagnostika, die im Rahmen der Vorschriften für die Arzneimittelversorgung bereit gestellt werden

Zu Nummer 48 (§ 75)

Mit dieser Vorschrift wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Aufgabe übertragen, die Versorgung der in dem bisherigen brancheneinheitlichen Standardtarif und dem neuen brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG versicherten Personen sicherzustellen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen ist in vertraglichen Vereinbarungen zu regeln.

Bei Versicherten in dem bisherigen brancheneinheitlichen PKV-Standardtarif ist die Höhe des (zahn)ärztlichen Honorars in der GOÄ und der GOZ auf bestimmte Gebührensätze begrenzt worden, um damit eine im Durchschnitt mit den vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen vergleichbare Vergütungshöhe zu erreichen. Dieser Regelungsansatz hat sich nicht bewährt. Aufgrund der im privatärztlichen Bereich fehlenden allgemeinen Behandlungspflicht kam es immer wieder zu Beschwerden über die Verweigerung einer (zahn)ärztlichen Behandlung unter Hinweis auf die Gebührenbegrenzung für den Standardtarif. Mit einer vergleichbaren Entwicklung wäre auch für den neu einzuführenden Basistarif zu rechnen.

Um den in dem brancheneinheitlichen Basistarif der PKV versicherten Personen eine den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Sicherstellung ihrer ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung bieten zu können, erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Aufgabe, die Versorgung für diese Versicherten zu gewährleisten. Dies ist auch dem Umstand geschuldet, dass der Basistarif den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen muss. Dieser Grundsatz würde ohne Sicherstellung der ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung über Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leer laufen.

Um eine einheitliche Vergütungsregelung für alle im Basistarif Versicherten zu ermöglichen, hat der Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten PKV-Unternehmen und im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern vertragliche Vereinbarungen zur Vergütung der im Basistarif versicherten ärztlichen Leistungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu treffen. Die wenigen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die nicht dem Verband der privaten Krankenversicherung angehören, erhalten die Möglichkeit, diesen Vereinbarungen beizutreten.

Die Vereinbarung einheitlicher Vergütungen für im Basistarif versicherte Leistungen ist erforderlich, um eine einheitliche Kalkulation der Risikoprämien des brancheneinheitlichen Basistarifes zu ermöglichen. Ohne eine für alle Versicherer einheitliche Vereinbarung über die Kosten im Basistarif wäre eine gezielte Risikoselektion durch einzelne Versicherer möglich. Der für den Basistarif notwendige Risikoausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen würde bei unternehmensindividuellen Leistungs- und Vergütungsunterschieden dazu führen, dass einzelne Unternehmen zu hohe bzw. zu niedrige Ausgleichsleistungen erhielten, da er nur die Morbiditätsunterschiede zwischen den Versicherten ohne Unterschiede in den Tarifstrukturen berücksichtigen kann.

Sofern keine vertragliche Vergütungsvereinbarung zustande kommt, sind die ärztlichen Leistungen so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Damit wird grundsätzlich sichergestellt, dass für vergleichbare ärztliche Leistungen vergleichbare Vergütungen zu zahlen sind. Um der notwendigen Flexibilität im Hinblick auf die Anpassung der vertragsärztlichen Vergütungsregelungen an die Rahmenbedingungen der privaten Krankenversicherung Rechnung zu tragen, wird den Vertragsparteien ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt. Sie können vertraglich abweichende Regelungen zur Vergütung und zum Abrechnungsverfahren vereinbaren.

Durch die Übernahme der Sicherstellung und ggf. auch der Abrechnung der von Vertragsärzten erbrachten im Basistarif versicherten Leistungen können den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Verwaltungskosten entstehen. Diese Kosten sind in angemessenem Umfang zu erstatten. Das Nähere hierzu kann in den vertraglichen Vereinbarungen zur Vergütung der von Vertragsärzten erbrachten im Basistarif versicherten Leistungen geregelt werden. Als Maßstab für einen angemessenen Umfang der Verwaltungskosten können die Beträge herangezogen werden, die den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen.

Der brancheneinheitliche Standardtarif in der PKV besteht aus Gründen des Vertrauensschutzes für die vor Inkrafttreten der Regelung zum Basistarif im Standardtarif Versicherten weiter, wenn sie sich nicht für den Wechsel in den Basistarif entscheiden. Für die im Standardtarif Versicherten müssen daher die Vorgaben des § 75 Abs. 3a gleichermaßen gelten, damit auch für sie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gewährleistet ist.

Die Regelungen des § 75 Abs. 3a (neu) gelten für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung gleichermaßen.

Zu Nummer 48a (§ 77)

Die Regelung eröffnet denjenigen regional zuständigen Selbstverwaltungspartnern, die bis zum vierten Quartal 2006

die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Harmonisierung der unterschiedlichen Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäbe aus besonderen Gründen noch nicht vereinbart haben, die Möglichkeit, die Frist im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde längstens bis zum 31. Dezember 2007 zu verlängern.

Zu Nummer 49 (§ 77a)

Die Vorschrift, die über die Generalsklausel des § 72 Abs. 1 Satz 2 grundsätzlich auch für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gilt, trägt dem Wunsch vieler Vertragsärzte Rechnung, angesichts der ständig steigenden Managementanforderungen, die sich insbesondere durch die Flexibilisierung der Vertragsstrukturen ergeben, eine verstärkte Beratung und Unterstützung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhalten. Die Erfüllung solcher Dienstleistungsaufgaben war den Kassenärztlichen Vereinigungen bislang nicht möglich. § 77a (neu) eröffnet den Kassenärztlichen Vereinigungen daher künftig die Möglichkeit, Dienstleistungsgesellschaften zu gründen. Die Regelung stellt die Trennung der originären kollektivvertraglichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, die unter dem Dach der öffentlich-rechtlichen Körperschaft verbleiben, von den neuen Dienstleistungsaufgaben sicher, die durch die privatrechtliche Dienstleistungsgesellschaft auf der Grundlage individualrechtlicher Vereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern erbracht werden.

Absatz 2 der Vorschrift enthält eine abschließende Aufzählung der möglichen Betätigungsfelder der Gesellschaften. Die dort genannten Dienstleistungen können gegenüber allen vertragsärztlichen Leistungserbringern erbracht werden. Die Dienstleistungsgesellschaft ist damit nicht nur Ansprechpartner für den einzelnen Vertragsarzt, sondern z. B. auch für ein medizinisches Versorgungszentrum.

Hinsichtlich der Finanzierung der Dienstleistungsgesellschaften sieht Absatz 3 eine Nutzerfinanzierung vor. Eine auch nur anteilige Finanzierung der Gesellschaft aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen scheidet aus.

Zu Nummer 50 (§ 81)

Folgeänderung aus der Streichung der §§ 136a und 136b und der Neufassung des § 137, die zum Ziel hat, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und auch sektorenübergreifend festgelegt werden.

Zu Nummer 51 (§ 82)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen, die dazu führt, dass es künftig nur noch einen Bundesmantelvertrag geben wird. Bis zu einer Änderung der bisherigen Bundesmantelverträge gelten diese nach der Übergangsregelung des § 217 Abs. 3 fort.

Zu den Buchstaben b und c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 52 (§ 83)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 53 (§ 84)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In den Zielvereinbarungen sollen auch Anreize für die Ärzte geschaffen werden, wirtschaftliche Einzelmengen zu verordnen. Die Abgabe von Einzelmengen führt zu Einsparungen, wenn hierfür preisgünstige Großpackungen verfügbar sind. Pharmazeutische Unternehmer sind gefordert, diese Großpackungen preisgünstig anzubieten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Durch die Regelung wird die Möglichkeit geschaffen für ergänzende Vereinbarung von Krankenkassen mit Ärzten, die von der einheitlich und gemeinsam beschlossenen Arzneimittelvereinbarung abweichen oder darüber hinausgehen können. Für beide Seiten gelten hierbei gleiche Rahmenbedingungen. Auf Kassenseite können dabei Kassen einzeln handeln oder sich in Gruppen zusammenschließen. Auf Ärzteseite können neben einzelnen oder Gruppen von Ärzten auch Kassenärztliche Vereinigungen Vertragspartner sein.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung werden Anreize für die verordnenden Ärzte geschaffen, bei der Verordnung bevorzugt Arzneimittel zu berücksichtigen, deren Wirtschaftlichkeit durch Preisvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmern verbessert wird. Daher wird der Vertragsarzt bei bevorzugter Verordnung dieser Arzneimittel von der Bonus-Malus-Regelung freigestellt, soweit diese bzw. vergleichbare Arzneimittel Gegenstand der Bonus-Malus-Regelung sind. Die Therapiefreiheit der Arztes bleibt hiervon unberührt.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe d

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung an die Streichung des § 137e.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Nummer 54 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung der Streichung der Sätze 2 und 3 in § 13 Abs. 2. Zudem wird klargestellt, dass sich die Regelung auch auf die Kostenerstattungsleistungen nach § 53 Abs. 4 bezieht.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 313a Abs. 3 (vgl. Artikel 1 Nr. 211 Buchstabe b).

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ab dem 1. Januar 2009 tritt das neue vertragsärztliche Vergütungssystem in Kraft (s. §§ 85a und 85b sowie die Begründungen dazu). In der Zwischenzeit, d. h. in den Jahren 2007 und 2008, gilt das bestehende vertragsärztliche Vergütungssystem weiter. An diesem bestehenden Vergütungssystem werden hier noch die Anpassungen getroffen, die erforderlich sind, um einen möglichst reibungslosen Übergang zum neuen Vergütungssystem zu gewährleisten. Diese Anpassungen bei der Honorarverteilung werden faktisch nur in den Jahren 2007 und 2008 wirksam, da ab dem 1. Januar 2009 für den vertragsärztlichen Bereich die Honorarverteilung in seiner heutigen Form abgeschafft wird.

Die Regelung in Satz 11 ermöglicht der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ab dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, die Honorarverteilung nach dem Versorgungsgrad zu differenzieren, d. h. insbesondere auch Zuschläge an Ärztinnen und Ärzte in von Unterversorgung oder von drohender Unterversorgung betroffenen Gebieten zu zahlen. Die Zahlung von Zuschlägen aufgrund von Unterversorgung ist auch als Vorbereitung einer nach Versorgungsgraden differenzierten Vergütung der Ärztinnen und Ärzte nach der Einführung des neuen vertragsärztlichen Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 anzusehen.

Die Regelung in Satz 12 ist dadurch begründet, dass mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die Krankenkassen erstmals in die Verpflichtung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung genommen worden sind, d. h. die grundsätzlichen Fragen der Honorarverteilung sind seitdem in Verträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren. Zuvor wurden die Regelungen zur Honorarverteilung von jeder Kassenärztlichen Vereinigung eigenverantwortlich auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen aufgestellt. Eine Zustimmung der Krankenkassen zu diesen Regelungen war nicht erforderlich. Erfahrungen mit der Umsetzung der Regelung haben gezeigt, dass den Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Honorarverteilungsverträgen oftmals nicht die erforderlichen Daten bereitgestellt werden. Benötigt werden insbesondere kassenartenübergreifende und nach Arztgruppen differenzierte statistische, d. h. nicht personenbezogene Abrechnungsdaten (z. B. Daten zu Honorarumsätzen, Auszahlungspunktwerten und Leistungsmengen). Ohne entsprechende Daten können die Verhandlungen zu den Honorarverteilungsverträgen von den Krankenkassenverbänden nicht sinnvoll geführt werden. Deshalb wird mit dem neuen Satz 12 eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu entsprechenden Datenlieferungen ergänzt. Der Bewertungsausschuss bestimmt bundeseinheitlich Art und Umfang der Daten sowie das Verfahren und Zeitpunkt der Datenübermittlungen (vgl. Absatz 4a).

Zu Buchstabe e

Der Regelungsinhalt des bisherigen Satzes 4 (Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an den Bewertungsausschuss für seinen Beschluss zu den Kriterien zur Honorarverteilung) wird in dem neuen § 87 Abs. 3f geregelt, in welchem nunmehr alle Regelungen zu den für sämtliche Beschlüsse des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten zentral zusammengefasst werden. Die Inhalte des bisherigen Satzes 5 (Bericht des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit) werden in dem neuen § 87 Abs. 3a geregelt. Dort sind die Regelungen systematisch besser aufgehoben, da es sich bei dem Datenbericht um eine dauerhafte Aufgabe des für vertragsärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschusses handelt, welche die Transparenz über die Beschlüsse des Bewertungsausschusses und deren Auswirkungen erhöhen soll. Die gleiche Zielsetzung wird auch mit den Regelungen in § 87 Abs. 3b bis 3f verfolgt.

Die neue Regelung gewährleistet, dass die Daten, auf deren Grundlage die Verhandlungen über die regionalen Honorarverteilungsverträge nach Absatz 4 stattfinden (vgl. Regelungen zu § 85 Buchstabe a), bestimmten bundeseinheitlichen Standards entsprechen.

Zu Buchstabe f

Es wird klargestellt, das sich die Regelung auch auf die Kostenerstattungen nach § 53 Abs. 4 bezieht.

Zu Nummer 55 (§§ 85a und 85b)

Diese Regelungen beinhalten die Neugestaltung des vertragsärztlichen Vergütungssystems, welche zum 1. Januar 2009 das bisherige Vergütungssystem ablöst. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehenen Regelungen zur Ablösung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen durch (morbiditätsbezogene) Regelleistungsvolumina zum 1. Januar 2007 nach den §§ 85a und 85b (alt) können nicht greifen, da der Bewertungsausschuss die von ihm bis Mitte

des Jahres 2005 zu vereinbarenden zentralen Grundsatzbeschlüsse nicht getroffen hat. Deshalb werden die Vergütungsregelungen nunmehr weiter vereinfacht und entbürokratisiert.

Das in diesen Regelungen und in den Regelungen des § 87 Abs. 2e bis 2h enthaltene neue Vergütungssystem hat folgende Kennzeichen:

- Ablösung der bisherigen Budgetierung,
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung,
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen,
- Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten,
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung,
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize.

Zudem werden bereits vor dem 1. Januar 2009 die Verfahren zur Erarbeitung der Vergütungsreform im Bewertungsausschuss professionalisiert (siehe § 87 Abs. 3a bis 3f) und mit der EBM-Reform zum 1. Januar 2008 werden die vertragsärztlichen Leistungen bereits als Pauschalvergütungen abgebildet und Honorarzuschläge für besondere Qualität eingeführt (siehe § 87 Abs. 2a bis 2d).

Wie die Regelungen im GMG beziehen sich die Regelungen in § 85a auf die Vergütungen, die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden (gesamtvertragliche Ebene) und die Regelungen in § 85b auf die Vergütungen des einzelnen Arztes durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Auf beiden Ebenen soll das kollektivvertragliche Vergütungssystem dabei vereinfacht und entbürokratisiert und aus Sicht der Ärzte und Krankenkassen transparenter gestaltet werden.

Zu § 85a

Das von Budgets und veralteten – oftmals nicht mehr leistungsgerechten – Mitglieder-Kopfpauschalen geprägte Vergütungssystem, in dem ein Großteil des Morbiditätsrisikos bei den Ärzten liegt, wird durch ein neues Vergütungssystem abgelöst, in dem das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergeht. In diesem neuen Vergütungssystem werden auf Ebene der Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen alle Vereinbarungen gemeinsam und einheitlich zwischen den Verbänden der Krankenkassen im Land und der Kassenärztlichen Vereinigung getroffen. Kassenartenspezifische Vereinbarungen gibt es bezogen auf die kollektivvertraglichen Regelungen künftig nicht mehr. Vereinbart werden zwischen den Vertragspartnern die regionalen Punktwerte und daraus abgeleitet die regionale Euro-Gebührenordnung (Absatz 2). Die die bisherige Budgetierung ablösenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (Absatz 3) inklusive der jährlichen Anpassungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Absatz 4) werden ebenfalls gemeinsam und einheitlich von den o. g. Vertragspartnern vereinbart. Bei Nichteinigung greifen die üblichen Konfliktlösungsmechanismen (§ 89). Dadurch vereinfacht sich das künftige Verfahren der Vergütungsvereinbarungen erheblich und wird transparenter und einheitlicher.

Die Überschrift zu den neuen Regelungen für ein neues Vergütungssystem wird entsprechend dem Inhalt der neuen Regelungen neu gefasst. Die Vereinbarung arztgruppenbezogener Regelleistungsvolumina ist nicht mehr vorgesehen.

Zu Absatz 1

Um die bisherige Budgetierung durch Anknüpfung der Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an die Grundlohnsumme zu beenden, werden die geltenden Regelungen über die Vereinbarung von Gesamtvergütungen (§ 85) zwischen den Krankenkassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen für den ärztlichen Bereich durch die in § 85a Abs. 2 bis 6 getroffenen Regelungen zum 1. Januar 2009 ersetzt. Die geltenden Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2) werden durch die Regelungen in § 85a Abs. 3 und Abs. 7 ersetzt.

Zu Absatz 2

Wesentliches Element des neuen Vergütungssystems ist die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro. Hierzu werden nach Absatz 2 auf Landesebene jährlich kassenartenübergreifend zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen die regional geltenden Punktwerte für das Folgejahr vereinbart. Über die kassenartenübergreifende Geltung der Punktwerte wird eine Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung herbeigeführt.

Diese Vereinbarung erfolgt auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss bestimmten Orientierungswerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (vgl. § 87 Abs. 2e Satz 1). Auf diese bundeseinheitlichen Orientierungswerte können auf der regionalen Ebene nach Satz 2 entweder ein Zuschlag oder ein Abschlag vereinbart werden, um insbesondere landesbezogenen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Diese regionale Differenzierung ist erforderlich, da sich zwischen den Ländern Unterschiede der für Arztpraxen relevanten Kostenstrukturen (wie z. B. Lohn- und Gehaltsniveau der Praxisangestellten, Mietniveau etc.) ebenso wie Unterschiede bei der Versorgungsstruktur (z. B. Behandlungsfälle, haus- versus fachärztliche Angebotsstrukturen) feststellen lassen. Zur Operationalisierung der regionalen Gegebenheiten, die sich von der bundesdurchschnittlichen Betrachtungsweise abheben, sieht die Regelung die Anwendung bestimmter, objektiver Indikatoren vor, die auf der Bundesebene vom Bewertungsausschuss festzulegen sind. Dies stellt sicher, dass bei der Vereinbarung eines Zu- oder Abschlages bundeseinheitliche Vorgaben angewandt werden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass regionale Preisunterschiede, welche sachlich nicht gerechtfertigt sind, abgebaut werden können (vgl. Begründung zu § 87 Abs. 2f).

Die Regelungen des Satzes 4 gewährleisten, dass die bundeseinheitlichen Bewertungsgrundlagen durch Entscheidungen auf der Landesebene nicht unterlaufen werden: Die vereinbarten Zu- bzw. Abschläge werden einheitlich auf alle Orientierungswerte angewendet, d. h. sowohl auf den Orientie-

rungswert für den Regelfall („Normalpreis“) als auch auf die besonderen Orientierungswerte für die in über- oder unterversorgten Planungsregionen zu zahlenden Preise. Differenzierungen nach Arztgruppen dürfen auf Landesebene deshalb ebenfalls nicht vorgenommen werden. Satz 5 macht deutlich, dass in den regionalen Vereinbarungen über die konkrete Höhe eines Zu- bzw. eines Abschlages auf das orientierende Bundesniveau eine Abwägung verlangt wird, die nach unten allerdings begrenzt ist, da in jedem Fall die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten gewährleistet bleiben muss.

Nach Satz 6 wird aus den vereinbarten regionalen Punktwerten, die mit den Bewertungsrelationen des vom Bewertungsausschuss entwickelten einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen multipliziert werden, eine regionale Gebührenordnung in Europreisen erstellt, die den Ärztinnen und Ärzten vor Beginn des Abrechnungszeitraums rechtzeitig bekannt zu geben ist. In der Euro-Gebührenordnung finden sich neben den Normalpreisen auch die Sonderpreise, die in unter- und in überversorgten Gebieten zu zahlen sind.

Zu Absatz 3

Ein zentrales Kennzeichen des neuen Vergütungssystems ist, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen, d. h. sie tragen alle finanziellen Lasten, die aus der Erbringung medizinisch notwendiger vertragsärztlicher Leistungen entstehen. Hierzu ist nach Absatz 3 Satz 1 vorgesehen, dass in den künftig einheitlich und gemeinsam zu treffenden Honorarvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassenseite neben den regionalen Preisen (vgl. Absatz 2) für jede Krankenkasse die an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vereinbart wird. Die Gesamtvergütung errechnet sich für jede Kasse, indem der zu vereinbarende morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für ihre Versicherten (Leistungsmenge in EBM-Punkten) mit den regional geltenden Punktwerten bewertet wird (Satz 2). Zu erwarten ist deshalb, dass zukünftig die Krankenkassen, deren Versicherte im Vergleich zu den Versicherten anderer Krankenkassen einen relativ höheren Behandlungsaufwand aufweisen, auch höhere Honorarsummen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten haben. Somit wird an der Zielsetzung der GMG-Vergütungsreform festgehalten, für eine gerechtere Aufteilung der finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen zu sorgen. Zudem wird verhindert, dass der Wechsel von Mitgliedern zu einer anderen Krankenkasse aus Sicht einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einem Honorarverlust führen kann, obwohl sich am zu leistenden Versorgungsumfang nichts geändert hat. Die Ablösung der bisher fix vereinbarten Kopfpauschalenbudgets pro Mitglied durch die Vereinbarung von morbiditätsbedingten Leistungsmengen ermöglicht künftig zudem eine sachgerechte Bereinigung der Gesamtvergütungen um solche Leistungsmengen, die in selektiven Versorgungsformen (z. B. der integrierten Versorgung) erbracht werden.

Durch Satz 2 zweiter Halbsatz wird klargestellt, dass der vereinbarte Behandlungsbedarf als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 gilt, so dass Erhöhungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die sich aus einer Erhöhung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, somit nicht durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität „gekappt“ werden. Auch hier wird deutlich, dass die bisherige Budgetierung im Sinne einer Anknüpfung der Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an der Grundlohnsumme beendet wird.

Die Krankenkasse vergütet der Kassenärztlichen Vereinigung die von den Ärztinnen und Ärzten tatsächlich erbrachten Leistungen im Rahmen des vereinbarten Behandlungsbedarfs mit den Preisen der (regionalen) Euro-Gebührenordnung (Satz 3). Auch die über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinausgehenden Leistungen werden von den Krankenkassen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet, wenn sich die Mehrleistungen aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten ergeben (Satz 4). In einem solchen Falle übersteigt das von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung insgesamt gezahlte Honorarvolumen das ursprünglich vereinbarte Honorarvolumen (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung). Dies entspricht im Grundsatz einer Regelung der im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehenen Reform der vertragsärztlichen Vergütung. Im GMG war aber vorgesehen, dass die Krankenkassen diese zusätzlichen Leistungen nur mit einem Preis in Höhe von 10 v. H. des Regelpreises vergüten. Im Gegensatz zur GMG-Regelung werden diese Leistungen nunmehr aber mit dem vollen Preis vergütet, d. h. der im GMG vorgesehene Vergütungsabschlag entfällt. Letztlich wird dadurch nunmehr sichergestellt, dass die Krankenkassen das volle finanzielle Risiko einer morbiditätsbedingten Erhöhung der ärztlichen Leistungsmengen tragen.

Ein Beispiel für Leistungen, die sich aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten ergeben sind ärztliche Mehrleistungen, die bei einer Grippeepidemie anfallen. Mehrleistungen, die im Zusammenhang mit der Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch statistische Effekte wie z. B. durch das „Up-“ oder auch „Right-Coding“ anfallen, stellen demgegenüber keine Mehrleistungen im Sinne von Satz 4 dar und werden deshalb auch nicht zusätzlich von den Krankenkassen vergütet. Die Selbstverwaltung bleibt damit in der Verantwortung, die das Vergütungssystem flankierenden Instrumente zur Steuerung der Leistungsmenge (z. B. Plausibilitätsprüfungen) und zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Wirtschaftlichkeitsprüfungen) wirksam umzusetzen. Die Regelungen in den Sätzen 5 und 6 sind aus dem geltenden Recht entnommen und zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung klarstellend erforderlich.

Satz 5 stellt klar, dass die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergüten sind. Dies entspricht einer Regelung des geltenden Rechts (§ 85 Abs. 2a).

Satz 6 bezieht sich auf Fälle der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Fälle treten immer dann auf, wenn ein Versicherter einen Leistungserbringer aus einer Kassenärztlichen Vereinigung außerhalb seines Wohnortes in Anspruch nimmt (z. B. im Falle von Urlaubsreisen etc.). Es wird klargestellt, dass in solchen Fällen die vertragsärztlichen Leistungen jeweils mit den Preisen zu vergüten sind, die in der Kassenärztlichen Vereinigung des

Leistungserbringers gelten. Gelten in der KV des Leistungserbringers und in der KV, in der der Versicherte seinen Wohnort hat, unterschiedliche Preise, so kommt es zu entsprechenden Nachzahlungen oder Verrechnungen zwischen der betroffenen Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung, in welcher der Versicherte seinen Wohnort hat: Gelten in der Kassenärztlichen Vereinigung des Leistungserbringers z. B. höhere Preise als in der Kassenärztlichen Vereinigung, in der der Versicherte seinen Wohnort hat, so muss die Krankenkasse die sich aus dieser Preisdifferenz ergebenden Mehrkosten tragen. Dies entspricht dem Prinzip der Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Umgekehrt sind ggf. aber auch Rückzahlungen an die Krankenkassen möglich. Einzelheiten des Zahlungsausgleichs sind vom Bewertungsausschuss zu vereinbaren (vgl. Begründung zu Absatz 7). Satz 6 zweiter Halbsatz gibt vor, dass die sich aus dem Ausgleichsverfahren ergebenden Zahlungen jeweils bei der folgenden Vereinbarung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind.

Die Regelungen in den Sätzen 7 und 8 sind aus dem geltenden Recht (§ 85a alt) entnommen und zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung klarstellend erforderlich. Satz 7 zweiter Halbsatz stellt klar, dass bei der Vereinbarung der künftigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen Korrekturen für den Fall erforderlich sind, dass die tatsächliche Zahl der Versicherten von der bei der Vereinbarung zugrunde gelegten Zahl abweicht. Eine entsprechende Regelung sieht das bisherige Recht für die Gesamtvergütung in § 85 Abs. 3c vor.

Die Sätze 9 bis 11 regeln das Verfahren der Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zum 31. Oktober 2008 für das Jahr 2009. Klargestellt wird, auf Basis welcher Daten- und Schätzgrundlagen die Vertragspartner der Vergütungsverträge die aufgrund der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten notwendige Leistungsmenge zu ermitteln haben. Bei der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ist dabei für jede Krankenkasse auf die im Vorjahr erbrachte Leistungsmenge (einschließlich der „ausgedeckelten“ und mit Einzelleistungsvergütung finanzierten Leistungen sowie der bereits nach bisherigem Recht in Euro bewerten Leistungen) abzustellen, angepasst um die vom Bewertungsausschuss zu schätzende voraussichtliche Änderung der morbiditätsbedingten Leistungsmenge im Vergleich der Jahre 2008 zu 2009. Bei seiner Schätzung hat der Bewertungsausschuss die in Absatz 4 genannten Kriterien für Leistungsmengenentwicklungen zugrunde zu legen. Da er das Berechnungsverfahren sowie die Schätzung bereits bis zum 31. August 2008 zu treffen hat (vgl. Absatz 5) kann er bei der Schätzung aber noch nicht auf die von ihm zu einem späteren Zeitpunkt zu entwickelnden Verfahren zurückgreifen. Insbesondere ist davon auszugehen, dass zu diesem Zeitpunkt auch das Verfahren zur Messung von Veränderungen der Morbidität auf der Grundlage von Diagnosen noch nicht vorliegt. Deshalb wird der Bewertungsausschuss die Entwicklung der morbiditätsbedingten Leistungsmengen im Jahr 2009 pauschaler abschätzen müssen. Um den Schätzvorgang zu vereinfachen, ist zudem vorgegeben, dass er lediglich die bundesdurchschnittliche Entwicklung der morbiditätsbedingten Leistungsmengen abzuschätzen hat.

Diese Vorgehensweise soll gewährleisten, dass in den einzelnen Regionen bei der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen jeweils eine angemessene Leistungsmenge zugrunde gelegt wird, also jeweils die ausreichende vertragsärztliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Die Berücksichtigung der geschätzten Leistungsmengenänderungen im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 stellt sicher, dass das Morbiditätsrisiko bereits im Einführungsjahr der Vergütungsreform auf die Krankenkassen übergeht. Die in den Sätzen 9 bis 11 definierte Leistungsmenge gilt als der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf im Jahr 2009 und ergibt – bewertet mit dem erstmals für das Jahr 2009 zu vereinbarenden Punktwert – die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das Jahr 2009. In den Folgejahren ist diese Leistungsmenge im Rahmen der festgestellten Veränderungen der Morbidität der Versicherten anzupassen.

Die Regelung führt dazu, dass das in einer Region zur Verfügung stehende Honorarvolumen im Jahr 2009 das Honorarvolumen des Vorjahres überschreitet, wenn der von den Vertragspartnern vereinbarte Punktwert oberhalb des durchschnittlichen rechnerischen regionalen Punktwertes des Vorjahres liegt. Ob dies der Fall ist, hängt von dem Ergebnis der Punktwertvereinbarungen ab. Zu einem Anstieg des Honorarvolumens kann es zudem kommen, wenn vom Bewertungsausschuss im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 ein Anstieg der Leistungsmenge geschätzt wurde. Im Gegensatz zum GMG-Ansatz entfällt in dem vorgelegten Modell also die für jede Region zwangsläufig kostenneutrale Einführungsphase „unter dem Dach der Gesamtvergütungen“, d. h. die Vertragspartner werden nicht mehr automatisch auf das Vergütungsvolumen des Vorjahres „festgeschrieben“.

Aus Sicht der einzelnen Krankenkassen kommt es aufgrund dieser Regelung i. d. R. zu deutlichen Veränderungen bei der zur Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden Gesamtvergütungen, da diese Gesamtvergütungen nunmehr die zur Versorgung der Versicherten erforderliche Leistungsmenge berücksichtigen und für alle Krankenkassen der gleiche Punktwert zugrunde gelegt wird.

Satz 12 sieht vor, dass Fehlschätzungen der auf das Jahr 2008 hochgerechneten und für das Jahr 2009 fortgeschriebenen Leistungsmengen bei der Gesamtvergütungsvereinbarung im Folgejahr zu berichtigen sind. Diese Regelung ist dadurch begründet, dass die gemeinsame Selbstverwaltung derartige Vereinbarungen erstmalig zu treffen hat und insoweit auf vorliegende Erfahrungen noch nicht zurückgreifen kann.

Satz 13 stellt klar, dass bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen Regelungen zu beachten sind, die der Bewertungsausschuss – nach gesetzlichem Auftrag – hierfür bestimmt.

Zu Absatz 4

In Satz 1 Nr. 1 bis 4 werden die Kriterien aufgeführt, die bei der jährlichen Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses (vgl. Begründung zu Absatz 5) zu berücksichtigen sind. Die so angepasste Leistungsmenge wird entsprechend des in Absatz 3 niedergelegten Verfahrens dann mit dem für die Region für das entsprechende Jahr vereinbarten

Punktwert bewertet und ergibt dann die neue morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Durch die in diesem Absatz genannten Anpassungskriterien wird sichergestellt, dass Veränderungen der Menge der medizinisch erforderlichen Leistungen, die sich im Zeitablauf ergeben, bei der Vergütung der Vertragsärzte angemessen berücksichtigt werden. Wie im bisherigen Recht ist weiterhin vorgegeben, dass zum einen Veränderungen der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten hinsichtlich der damit verbundenen Auswirkungen auf den Leistungsbedarf – die sowohl bedarfserhöhend als auch bedarfssenkend sein können – sowie zum anderen Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Auch diese Veränderungen können in beide Richtungen wirken. Gleiches gilt für ebenfalls zu berücksichtigende Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses: Während Beschlüsse über die Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung leistungsmengenerhöhend zu berücksichtigen sind, können Beschlüsse des Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 zu einem Wegfall von Leistungen aus dem Leistungskatalog und damit zu einer Verringerung der Leistungsmengen führen. Auch im geltenden Recht (§ 85 Abs. 3) sollen die Vertragspartner die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses bereits entsprechend berücksichtigen. Zusätzlich sind nach Satz 1 Nr. 3 auch Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor zu berücksichtigen. Mit dem Kriterium unter Satz 1 Nr. 4 wird schließlich klargestellt, dass auch Leistungsmengenveränderungen, die sich aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Leistungserbringung ergeben, zu berücksichtigen sind. Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs sind die Vertragspartner zudem grundsätzlich an das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 gebunden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 überträgt – wie im bisherigen Recht – dem Bewertungsausschuss die Festlegung eines Verfahrens zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten mit Hilfe eines „zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahrens“. Die Messung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur als Anpassungskriterium für die jährliche Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung basiert weiterhin auf diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf; die Diagnosen sind nach dem in der vertragsärztlichen Versorgung und von den Krankenhäusern bei der Leistungsabrechnung verwendeten Diagnosenschlüssel (ICD) zu erfassen. Darüber hinaus können, falls erforderlich, sachgerechte und mit dem Risikostrukturausgleich jeweils kompatible Morbiditätskriterien herangezogen werden. Der Bewertungsausschuss soll auf geleistete Vorarbeiten und Zwischenergebnisse im Zusammenhang mit der Umsetzung von Aufträgen des GKV-Modernisierungsgesetzes zurückgreifen.

Die dem Bewertungsausschuss des Weiteren nach Satz 1 Nr. 2 bis 4 übertragenen Verfahrensbestimmungen sorgen für eine bundeseinheitliche Handhabung bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ihrer jährlichen Anpassung.

Zu Absatz 6

Die Regelungen des geltenden Rechts zur Datenverarbeitung reichen nicht aus, um das neue Vergütungssystem umsetzen zu können. Im neuen Vergütungssystem wird die Morbiditätsstruktur der Versicherten der einzelnen Krankenkassen für die Höhe des von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden Honorarvolumens von zentraler Bedeutung sein. Die Anwendung des vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahrens zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse und des damit verbundenen Behandlungsbedarfs sowie zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten im Zeitablauf insbesondere auf der Basis von mit dem Risikostrukturausgleich kompatiblen Morbiditätskriterien erfordert eine Anpassung der Regelungen zur Datenverarbeitung durch die Vertragspartner der Honorarvereinbarungen. Nicht erforderlich ist, über die auf Grundlage des 10. Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Zwecke der gesetzlichen Krankenversicherung erhobenen personenbezogenen Daten hinaus, neue Daten über die behandelten Versicherten zu erheben. Neu zu regeln ist aber insbesondere die Datenübermittlung sowie die Datenverarbeitung.

Benötigt werden insbesondere folgende Daten:

- Zahl (Versichertentage) der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung,
- Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch die Versicherten (z. B. die Information darüber, ob für einen Versicherten eine Behandlung im Quartal oder im Jahr stattgefunden hat oder nicht) sowie
- weitere Kriterien (z. B. Diagnosen, Alter, Geschlecht der Versicherten).

Nach geltendem Recht verfügen die einzelnen Krankenkassen über sämtliche der o. g. Daten. Sie sind bereits nach bisherigem Recht befugt, im erforderlichen Umfang für die Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von Vergütungsverträgen nach den §§ 85a ff. Sozialdaten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 und Abs. 3).

Der für die Krankenkasse verhandlungsführende und vertragsschließende Krankenkassenverband verfügt aber über keine dieser Daten, die Kassenärztliche Vereinigung nur über einen Teil. Zudem hat weder die Kassenärztliche Vereinigung noch der Krankenkassenverband die Kompetenz, versichertenbezogene Daten für die Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von Vergütungsverträgen nach § 85a zu verarbeiten.

Deshalb werden im neuen Absatz 6 Regelungen zur Übermittlung der notwendigen versichertenbezogenen Daten von den Krankenkassen an die Vertragspartner der Honorarvereinbarungen ergänzt (Satz 1). Um zu gewährleisten, dass die Datenerhebung und -übermittlung durch die Krankenkassen für die Honorarvereinbarungen bundeseinheitlich erfolgen, gibt Satz 2 vor, dass im Bewertungsausschuss Vorgaben vereinbart werden müssen, die von den Krankenkassen zu beachten sind.

In Satz 3 wird darüber hinaus dem Krankenkassenverband die Befugnis zur Verarbeitung versichertenbezogener Daten gegeben; für die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt eine entsprechende Ergänzung in § 285 Abs. 2.

Bei den von den Krankenkassen zu übermittelnden und von den Vertragspartnern weiterzuverarbeitenden Daten handelt es sich um nicht pseudonymisierte Daten. Während die Daten, welcher der Bewertungsausschuss zur Ausarbeitung des neuen Vergütungssystem erhält, pseudonymisiert werden (vgl. § 87 Abs. 3f), reichen hier pseudonymisiert übermittelte Versichertendaten nicht aus. Nach geltendem Recht übermitteln die Vertragsärzte den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsdaten über die erbrachten Leistungen versichertenbezogen und damit nicht pseudonymisiert (vgl. § 295 Abs. 1). Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen nach geltendem Recht für die Abrechnung der Vergütung die vertragsärztlichen Abrechnungs- und Leistungsdaten versichertenbezogen und nicht pseudonymisiert (vgl. § 295 Abs. 2).

Künftig sollen die Krankenkassen die erforderlichen versichertenbezogenen Daten an die Vertragspartner der Honorarvereinbarungen übermitteln. Müssten diese Daten pseudonymisiert werden, wäre damit ein erheblicher zusätzlicher Aufwand für die Krankenkassen verbunden. Problematisch wäre zudem, dass die Daten aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr mit den ihnen bereits vorliegenden – nicht pseudonymisierten – versichertenbezogenen Daten kompatibel wären. Die erforderliche versichertenbezogene Zusammenführung der gesamten Versichertendaten wäre außerordentlich aufwendig. Auch die Klärung von Fehlern und Unplausibilitäten in den Datensätzen und entsprechende Korrekturverfahren zwischen den Datenlieferanten und den Datenannahmestellen wären sehr erschwert und zeitaufwändig. Die Vorgabe zu einer Pseudonymisierung der Daten wäre vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht und unverhältnismäßig.

Satz 5 ist eine Sonderregelung zur rechtzeitigen Datenübermittlung für die erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 (vgl. hierzu Absatz 3).

Zu Absatz 7

Die Regelungen des neuen Absatzes 7 ersetzen für den vertragsärztlichen Bereich die Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2. Der Zahlungsausgleich kommt immer dann zur Anwendung, wenn Versicherte vertragsärztliche Leistungen nicht in dem KV-Bezirk, in dem sie ihren Wohnort haben, sondern in einem anderen KV-Bezirk in Anspruch nehmen. In diesem Fall müssen finanzielle Mittel von der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort, an welche die Krankenkasse des Versicherten Zahlungen im Rahmen der vereinbarten Gesamtvergütung entrichtet, zu der Kassenärztlichen Vereinigung umgeleitet werden, der der in Anspruch genommene Leistungserbringer angehört. In Satz 2 wird dazu vorgegeben, dass die erbrachten Leistungen jeweils mit den Euro-Preisen zu vergüten sind, die in der KV des Leistungserbringers gelten. Wenn sich die Euro-Preise der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen unterscheiden, so ergeben sich auch Zahlungswirkungen für die Krankenkassen: Liegen die Preise für vertragsärztliche Leistungen in der Leistungserbringer-KV beispielsweise über den Preisen in der KV, in der der Versicherte seinen Wohnort hat, so hat die Krankenkasse die Preisdifferenz gegenüber der Wohnort-KV auszugleichen. Im umgekehrten Fall sind ggf. Rückzahlungen von der Kassenärztlichen Vereinigung zu leisten. Da die Regelungen diese finanziellen Wirkungen für die Krankenkassen entfalten können, sind die Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr – wie im geltenden Recht – allein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sondern von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene im Bewertungsausschuss festzulegen.

Zu § 85b

Die Vergütung der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes wird kalkulierbar gemacht, entbürokratisiert, vereinfacht und transparenter gestaltet. Die Vereinfachung gegenüber den GMG-Regelungen ergibt sich insbesondere aus dem Wegfall der kassenartenspezifischen arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina und durch die Vereinheitlichung der Honorarvereinbarungen nach den neu gefassten Regelungen in § 85a. Künftig sind die Vertragspartner, die für die Feststellung der Berechnungsformeln zur Vergütung des einzelnen Arztes zuständig sind, mit den Vertragspartnern der regionalen Honorarverträge (Euro-Gebührenordnung und morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen) identisch. Die Erhöhung der Transparenz ergibt sich durch die nunmehr zwingend anzuwendenden Regelungen der Bundesebene.

Die Überschrift für die neuen Vergütungsregelungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen und der einzelnen Ärztin bzw. dem einzelnen Arzt wird klarstellend neu gefasst.

Zu Absatz 1

Zentrale Ziele der Vergütungsreform sind, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergeht (s. o.) und dass die Vergütung des einzelnen Arztes kalkulierbar wird. Der Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen wird durch die Vereinbarung von morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gewährleistet (vgl. § 85a). Die aus Sicht des einzelnen Arztes in Zukunft bestehende weitgehende Kalkulationssicherheit ergibt sich dadurch, dass die Ärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Von den Krankenkassen sollen aber nur die zusätzlichen Leistungen finanziert werden, die sich aus dem Behandlungsbedarf der Versicherten ergeben, die also medizinisch erforderlich sind. Die Finanzierung von zusätzlichen Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind, soll vermieden werden. Das sind z. B. Mehrleistungen, die aufgrund einer Zunahme von Arztzahlen entstehen, ohne dass der Behandlungsbedarf der Versicherten angestiegen wäre (angebotsinduzierte Nachfrage). Auch bei Geltung einer Euro-Gebührenordnung bleibt das arztbezogene Regelleistungsvolumen deshalb als Instrument zur Mengensteuerung im neuen Vergütungssystem erhalten: Die Abstaffelung soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes verhindern und ihn davon abhalten, Leistungen zu erbringen, die medizinisch nicht erforderlich sind. Durch das Instrument des Regelleistungsvolumens wird somit auch sicher-

gestellt, dass die gemäß § 85a zu vereinbarenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen die gewünschte steuernde Wirkung entfalten können. Die gesetzlich vorgegebenen Kriterien zur Ausgestaltung des Regelleistungsvolumens in den Absätzen 2 und 3 stellen aber ebenfalls sicher, dass das Regelleistungsvolumen einer Arztpraxis so bemessen ist, dass der einzelne Arzt i. d. R. die medizinisch erforderlichen Leistungen im Rahmen seines Regelleistungsvolumens erbringen kann und er sie somit mit den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet bekommt (vgl. Begründung zu Absatz 2 und 3).

§ 85b ist ebenfalls von der dafür zuständigen Selbstverwaltung zum 1. Januar 2009 umzusetzen. Zu beachten ist hier, dass die Umsetzung der Regelungen in den §§ 85a und 85b zeitlich sehr eng miteinander verknüpft sind, so dass erst wenn die regionalen Vertragspartner die neuen Honorarvereinbarungen gemäß § 85a umgesetzt haben, auf dieser Grundlage die einzelnen Ärzte gemäß § 85b vergütet werden können. Da die Vertragspartner für die Honorarvereinbarungen und die Vergütung des einzelnen Arztes jeweils identisch sind (s. o.), wird gewährleistet, dass die Regelungen effizient umgesetzt werden können.

Zu Absatz 2

Die Regelungen beschreiben, was ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen ist und wie es wirkt. Der einzelne Arzt wird im Rahmen von einer ihm vorab bekanntzumachenden Obergrenze (Regelleistungsvolumen) mit den Preisen der regional jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Ist er in über- oder unterversorgten Gebieten tätig, erhält er die spezifischen höheren oder niedrigeren Preise, die dafür in der Euro-Gebührenordnung ausgewiesen sind. Im Vergleich zu den Vorgaben des GKV-Modernisierungsgesetzes erhält der Arzt nach dem vorliegenden Modell für die im Rahmen des arztbezogenen Regelleistungsvolumens erbrachten Leistungen also die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung und nicht nur die Zusage auf eine Vergütung mit einem festen Punktwert.

Überschreitet der einzelne Arzt sein Regelleistungsvolumen, so wird er i. d. R. mit abgestaffelten Preisen vergütet. Im Gegensatz zur Regelung im GKV-Modernisierungsgesetz wird die Höhe dieser Abstaffelung nicht mehr gesetzlich vorgegeben, sondern die Höhe der Abstaffelung ist vom Bewertungsausschuss zu bestimmen. Der Bewertungsausschuss kann dabei z. B. auch eine nach Leistungsmengen differenzierte Abstaffelung festlegen. Der Selbstverwaltung auf Bundesebene wird somit ermöglicht, die Abstaffelungsregelung entsprechend der damit gemachten Erfahrungen im Zeitablauf flexibel anzupassen, wenn dies erforderlich ist. Die vom Bewertungsausschuss festgesetzte Abstaffelungsregelung muss dabei aber insgesamt dazu geeignet sein, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes zu verhindern. Zudem muss gewährleistet sein, dass ein Großteil der von den Krankenkassen insgesamt bereitgestellten Honorarsumme (morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen) für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Regelleistungsvolumina, d. h. zur Vergütung der Leistungen mit den Europreisen der regionalen Gebührenordnung, verwendet wird.

Die Abstaffelung soll den Arzt davon abhalten, Leistungen zu erbringen, die medizinisch nicht erforderlich sind. Soweit möglich soll dagegen verhindert werden, dass ein Arzt, der medizinisch erforderliche Leistungen erbringt, in die Abstaffelung rutscht. Um dies zu gewährleisten, sieht dieser Absatz eine Reihe von Vorgaben vor: Nach Satz 2 zweiter Halbsatz kann zugunsten des Arztes von der Abstaffelung abgesehen werden, wenn es zu einer ungewöhnlich starken Zunahme der Zahl der Versicherten einer Arztpraxis kommt. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn ein Arzt kurzfristig die Behandlung von Versicherten eines erkrankten Kollegen übernehmen muss. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene, entsprechende Kriterien für solche Ausnahmen festzulegen.

Im Folgenden werden weitere Grundsätze vorgegeben, die bei der Festlegung von arztbezogenen Regelleistungsvolumina zu beachten sind. Satz 3 gibt vor, dass die kontinuierliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen ist. Satz 4 bestimmt, dass die Regelleistungsvolumina zeitnah entsprechend anzupassen sind oder ein zeitnaher rückwirkender Ausgleich für die Vergütung der zusätzlichen Leistungen sicherzustellen ist, wenn es infolge eines nicht vorhergesehenen Anstiegs der Morbidität der Versicherten zu Nachzahlungen der Krankenkassen nach § 85a Abs. 3 Satz 4 kommt. Auch diese Regelung zielt darauf ab, dass ein Arzt für die medizinisch erforderlichen Leistungen den Preis der Euro-Gebührenordnung bekommt und er nicht zu früh in die Abstaffelung rutscht. Leisten die Krankenkassen – z. B. im Falle einer Grippewelle – Nachzahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, so sollen auch die einzelnen Ärzte zeitnah von diesen Nachzahlungen profitieren. Die Regelleistungsvolumina der einzelnen Ärzte sind also zeitnah entsprechend zu erhöhen.

Zu Absatz 3

Die Regelungen geben weitere Kriterien vor, die bei der Festlegung der Regelleistungsvolumina zwingend zu beachten sind. Die Regelleistungsvolumina sind differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsregionen festzulegen (Satz 1). Eine Differenzierung der Regelleistungsvolumina nach Arztgruppen ist erforderlich, um den Besonderheiten der einzelnen Arztgruppen gerecht werden zu können. Die Differenzierung nach Versorgungsgraden ermöglicht es, dass Ärzte in unterversorgten Gebieten mehr Leistungen abrechnen können als Ärzte in überversorgten Gebieten. So wird verhindert, dass Ärzte in unterversorgten Gebieten, die häufig überproportional viele Versicherte zu betreuen haben, durch das Rutschen in die Abstaffelungszone für die Betreuung dieser Versicherten „bestraft“ werden.

In Satz 2 finden sich weitere zwingend zu beachtende Kriterien für die Festlegung der Regelleistungsvolumina: Bei der Festlegung der Regelleistungsvolumen zugrunde zu legen ist nach Satz 2 Nr. 1 das morbiditätsbedingte Honorarvolumen, welches der Kassenärztlichen Vereinigung jeweils insgesamt von den Krankenkassen zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung gestellt worden ist (Summe der insgesamt gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen). Wird also im Zeitablauf aufgrund eines Anstiegs der Morbidität der Versicherten in einer Kassenärztlichen Vereinigung ein höheres Honorarvolumen vereinbart, so wird dieses höhere Honorarvolumen an die Ärzte weitergegeben. Nach der Nummer 2 müssen auch die Zahlungen aus dem Zahlungsausgleich für die überbezirkliche Durch-

führung der vertragsärztlichen Leistungen berücksichtigt werden. Diese Zahlungen entstehen immer dann, wenn Versicherte vertragsärztliche Leistungen nicht in dem KV-Bezirk in Anspruch nehmen, in dem sie ihren Wohnort haben, sondern in einem anderen KV-Bezirk (vgl. Begründung zu § 85a Abs. 7). Diese voraussichtlichen Zahlungen können die zur Vergütung der Ärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung bereit stehenden finanziellen Mittel insgesamt erhöhen oder mindern. Dieser Effekt ist zu berücksichtigen, um das Regelleistungsvolumen jeweils in angemessener Höhe ermitteln zu können.

Nach Satz 2 Nr. 3 ist zudem die Anzahl der regional insgesamt tätigen Ärzte einer Arztgruppe – d. h. sowohl die Vertragsärzte als auch die angestellten Ärzte – zu berücksichtigen. Dabei ist jeweils der Tätigkeitsumfang der Ärzte entsprechend des Umfangs des Versorgungsauftrags, mit dem der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder die bezogen auf den angestellten Arzt vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist, zugrunde zu legen. Durch diese Vorgabe wird sichergestellt, dass das Arztzahlrisiko bei der Kassenärztlichen Vereinigung – und dort innerhalb der jeweiligen Arztgruppe – verbleibt und dass die spezifische regionale Versorgungsstruktur, die bei einer Arztgruppe vorliegt, bei der Festlegung der Regelleistungsvolumina berücksichtigt werden kann. Satz 2 Nr. 4 gibt vor, dass bei der Festlegung der Regelleistungsvolumina darüber hinaus Praxisbesonderheiten und Zahl und Morbiditätsstruktur der von einer Arztpraxis behandelten Patienten zu berücksichtigen sind. Dadurch soll insbesondere gewährleistet werden, dass Praxen, die behandlungsaufwändigere Versicherte zu betreuen haben, ein höheres Regelleistungsvolumen erhalten als Praxen, die weniger behandlungsintensive Versicherte betreuen. Auch so ist gewährleistet, dass diese Praxen nicht zu schnell in die Abstaffelungszone rutschen.

Die Nummer 5 gibt als zu berücksichtigendes Kriterium darüber hinaus die durchschnittlichen Patientenzahlen der jeweiligen Arztgruppe vor. Dadurch wird klargestellt, dass für die Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nicht strikt auf die tatsächliche Patientenzahl des Vertragsarztes in den zurückliegenden vier Quartalen zu rekurrieren ist, sondern dass dafür ggf. auch der Durchschnittswert der Arztgruppe heranzuziehen ist. Das macht z. B. dann Sinn, wenn sich die Patientenzahl in einer Praxis nur vorübergehend erheblich vermindert oder erhöht hat und die Patientenzahlen des vergangenen Jahres deshalb ein unzureichendes Bild von der Praxisstruktur zeichnen. Solche Fälle können insbesondere bei Mutterschaft oder Krankheit auftreten, wenn Ärztinnen und Ärzte sich neu niederlassen oder wenn sich ihre Praxis noch in der Aufbauphase befindet.

Nach Nummer 6 ist auch der Tätigkeitsumfang des einzelnen Arztes zu berücksichtigen, d. h. ein Arzt, der nicht voll an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, erhält ein entsprechend reduziertes Regelleistungsvolumen. Die Regelleistungsvolumina sind zudem so festzulegen, dass insgesamt auch genug Honorar zur abgestaffelten Vergütung von Leistungen zur Verfügung steht (Satz 2 Nr. 7). Außerdem sind bei ihrer Bestimmung nach Satz 2 Nr. 8 auch die im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen Zeitwerte (§ 87 Abs. 2) zu beachten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Menge von Leistungen, die ein Arzt im Rahmen des Regelleistungsvolumens pro Arbeitstag bei gesicherter Qualität abrechnen kann, auch in zeitlicher Hinsicht plausibel ist.

Im Vergleich zur bisherigen Systematik ist die Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an einigen Stellen vereinfacht worden. Eine Vereinfachung ergibt sich insbesondere dadurch, dass die Honorarvereinbarungen (§ 85a) nunmehr kassenartenübergreifend durchgeführt werden und dass alle Krankenkassen den gleichen Preis für die vertragsärztlichen Leistungen an die Kassenärztliche Vereinigung zahlen, sodass bei der Bestimmung der Regelleistungsvolumina – anders als im geltenden Recht – keine kassenartenspezifischen Kriterien mehr berücksichtigt werden müssen. Eine weitere Vereinfachung ergibt sich durch den Wegfall der sog. arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina (§ 85a alt). Aus dem Katalog der bisherigen Parameter nach § 85b Abs. 3 Satz 2 (alt) wurden die entsprechenden komplexen Vorgaben gestrichen (Nr. 2 alt, Nr. 5 alt) oder vereinfacht (Nr. 1).

Eine weitere Vereinfachung ergibt sich durch die Klarstellung im Satz 3, dass die Morbiditätsstruktur der von einem Arzt behandelten Versicherten gemäß Satz 2 Nr. 4 nicht mit Hilfe von Diagnosen, sondern mit Hilfe der indirekten Morbiditätskriterien „Alter“ und „Geschlecht“ ermittelt wird. Lediglich Praxisbesonderheiten sollen mit Hilfe der Behandlungsdiagnosen bestimmt werden. Die Messung der Morbidität mit Alter und Geschlecht ist auf Ebene des einzelnen Arztes einfacher umzusetzen und liefert zuverlässigere Ergebnisse: Bei den von einem Arzt bzw. einer Arztpraxis behandelten Versicherten handelt es sich i. d. R. um eine relativ kleine Gruppe von Versicherten: Nach aktuellen Daten der KBV für das Jahr 2004 hat ein Vertragsarzt im Bundesdurchschnitt rd. 4 100 Fälle abgerechnet, d. h. im Schnitt hat der Arzt pro Quartal rd. 1 000 Versicherte betreut. Die bisherigen internationalen Erfahrungen mit diagnosebasierten Patientenklassifikationssystemen haben gezeigt, dass gerade die Bestimmung der Morbidität von derart kleinen Versichertengruppen zu weniger stabilen Ergebnissen führt als die Morbiditätsmessung für große Versichertenkollektive. Deshalb ist die Messung der Morbidität der Versicherten mit Diagnosen auf Praxisebene noch erheblich komplexer als auf Ebene einer Krankenkasse. Für ein solches Verfahren sind im Bewertungsausschuss kaum Vorarbeiten vorhanden. Auch das entsprechende Verfahren zum Erwerb der Rechte an einem Patientenklassifikationssystem zur diagnosebezogenen Abbildung der Morbidität auf Praxisebene ist von ihm im Januar 2006 eingestellt worden. Allein eine erneute Ausschreibung zum Erwerb der Rechte an einem solchen Klassifikationssystem würde mehrere Monate in Anspruch nehmen. Weiterer erheblicher Zeitbedarf würde sich aus der Anpassung dieses Klassifikationssystems an die Besonderheiten des vertragsärztlichen Vergütungssystems ergeben. Vorteil einer Messung der Morbidität der Versicherten auf Praxisebene mit Hilfe von Alter und Geschlecht ist auch, dass valide Daten dazu schon heute vorliegen, sie einfach zu erheben sind und sie vom abrechnenden Arzt nicht beeinflusst werden können. Mit der o. g. Klarstellung wird der Selbstverwaltung somit ein praktikabler und sicherer Weg in das neue Vergütungssystem geebnet.

Die Regelung in Satz 5 gibt ein Berichtigungsverfahren aufgrund von Fehlschätzungen vor. Dies ist darin begründet, dass die Beteiligten der Selbstverwaltung vor allem bei der

erstmaligen prospektiven Festsetzung des genannten Parameters noch über keine gesicherten Erkenntnisse über die Wirkungsweise des Instrumentes verfügen.

Zu Absatz 4

Die Regelungen geben bezogen auf die beteiligten Ebenen der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen konkret vor, welche Aufgaben die einzelnen Beteiligten gemeinsam oder einzeln bei der Umsetzung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina zu erledigen haben.

Neu ist, dass die Ermittlung der Regelleistungsvolumina auf der Grundlage eines zwingend anzuwendenden Berechnungsverfahrens erfolgt, das der Bewertungsausschuss festzulegen hat (Satz 1). In Satz 2 wird zudem vorgeben, dass der Bewertungsausschuss auch Vorgaben zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben sowie Vorgaben zur Bildung von Rückstellungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erlassen hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen füllen dieses ihnen durch den Bewertungsausschuss vorgegebene Berechnungsverfahren mit den jeweiligen regionalen Daten und ermitteln gemeinsam so die konkrete Berechnungsformel, welche die Kassenärztliche Vereinigung schließlich bei der Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die einzelnen Ärzte anzuwenden hat. Bei der Zuweisung des Regelleistungsvolumens an den Arzt teilt die Kassenärztliche Vereinigung diesem auch mit, welche der in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Preise (Preise im Regelfall, Preise bei Überversorgung, Preise bei Unterversorgung) für ihn jeweils maßgeblich sind. Durch die gesetzlichen Fristen wird sichergestellt, dass das Regelleistungsvolumen dem Arzt jeweils vorab bekanntgemacht wird, so dass er Kalkulationssicherheit erhält.

Die Festlegung des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Regelleistungsvolumina ist also nicht mehr – wie nach dem bisherigen Recht – Gegenstand einer auf der regionalen Ebene zu treffenden Vereinbarung der regionalen Vertragspartner, sondern die wesentlichen Vorgaben dazu werden auf Bundesebene getroffen und sind in allen Regionen zwingend einheitlich umzusetzen. Damit entfällt die Honorarverteilung heutiger Art durch die regionalen Honorarvertragspartner. Dies ist notwendig, um die heute zu beobachtenden – oftmals sachlich nicht nachvollziehbaren – regionalen Unterschiede bei der Honorierung der Ärztinnen und Ärzte abzubauen.

Zu beachten ist, dass es auch nach Umsetzung des neuen Rechts weiterhin unterschiedliche Vergütungen zwischen den Regionen und zwischen den Arztgruppen geben kann. Diese Unterschiede entstehen aber nicht mehr – wie heute – dadurch, dass in jeder Region eine nach unterschiedlichen Kriterien vorgenommene Honorarverteilung betrieben wird. Da die Vergütung der einzelnen Ärzte zukünftig in allen Regionen nach den bundeseinheitlichen Regelungen des Bewertungsausschusses erfolgt, ergeben sich die Unterschiede in Zukunft nur noch da, wo sie nach Einschätzung des Bewertungsausschusses sachlich erforderlich sind.

Aufgabe der regionalen Vertragspartner ist es nunmehr, die Berechnungsvorgabe des Bewertungsausschusses durch Einspeisung der erforderlichen regionalen Daten umzusetzen. Durch die Verwendung der regionalen Daten wird erreicht, dass die spezifischen regionalen Gegebenheiten weiterhin in erforderlicher Weise berücksichtigt werden. An der Systematik des Berechnungsverfahrens können die regionalen Vertragspartner aber nichts mehr ändern.

Zu Absatz 5

Die Regelungen entsprechen dem Inhalt des mit diesem Gesetz dem § 85 Abs. 4 angefügten Satzes 12 zu den Datengrundlagen für die Honorarverteilungsverträge. Entsprechende Regelungen sind auch hier erforderlich, um sicherzustellen, dass die Beteiligten auf beiden Seiten alle erforderlichen Daten erhalten, die notwendig sind, um die Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina vornehmen zu können. Um zu gewährleisten, dass die Datengrundlagen, auf deren Grundlage diese regionalen Berechnungen bestimmten bundeseinheitlichen Standards entsprechen, wird analog zur entsprechenden Ergänzung in § 85 Abs. 4 vorgegeben, dass der Bewertungsausschuss einen Beschluss zu Art und Umfang der Daten sowie zum Verfahren der Datenübermittlung trifft. Zudem wird auch hier klargestellt, dass die regionalen Vertragspartner auch eine Arbeitsgemeinschaft mit der Annahme und Aufbereitung von Daten beauftragen können. Dies kann auch hier zur Professionalisierung des Verfahrens beitragen.

Zu Absatz 6

Die Regelungen stellen klar, dass bis zur neuen Festsetzung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina die bisherigen Grenzen vorläufig fort gelten, so dass eine kontinuierliche Geltung des Mengensteuerungsinstrumentes gewährleistet ist. Die aufgrund einer zeitverzögerten Festsetzung und Zuweisung von (höheren) arztbezogenen Regelleistungsvolumina beim einzelnen Arzt auftretenden Vergütungsnachteile sind dem Arzt auszugleichen.

Zu Nummer 56 (§ 86)

Im Rahmen der Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird auf die Empfehlungen für eine angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen verzichtet.

Zu Nummer 57 (§ 87)

Alle zentralen Vorgaben zum neuen Vergütungssystem für ärztliche Leistungen werden auf Bundesebene im Bewertungsausschuss getroffen. Die regionale Ebene hat diese Vorgaben nach Maßgabe der §§ 85a und 85b zwingend umzusetzen. Insbesondere werden im Bewertungsausschuss die Rahmenvorgaben für die neu zu schaffende Euro-Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen erarbeitet. § 87 (neu) enthält die gesetzlichen Regelungen zu diesen Rahmenvorgaben. Die vom Bewertungsausschuss zu treffenden Rahmenvorgaben für die Euro-Gebührenordnung lassen sich aufteilen in die – bereits nach geltendem Recht erfolgende – Festlegung der sog. Bewertungsrelationen für die vertragsärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM (vgl. Buchstabe d und Buchstabe e) und die – mit diesem Gesetz neu eingeführte – Festlegung bundesweiter Orientierungswerte (in Euro) für den für die vertragsärztlichen Leistungen bundesweit und kassenartenübergreifend zu zahlenden Punktwert (vgl. Buchstabe f). Der Zeitplan für die Umsetzung der Vergütungsreform sieht vor, dass die die Abbildung der vertragsärztlichen Leistungen im EBM be-

treffenden Regelungen vom Bewertungsausschuss bereits spätestens bis zum 31. Oktober 2007 umzusetzen sind, so dass der neue EBM spätestens zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt, er also bereits vor Inkrafttreten der „großen Vergütungsreform“ zum 1. Januar 2009 erprobt werden kann.

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird entsprechend dem neuen Inhalt des Paragraphen ergänzt.

Zu den Buchstaben b und c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Vertragspartner des Bundesmantelvertrags ist künftig auf Seiten der Krankenkassen der Spitzenverband Bund.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Im zahnärztlichen Bereich verfügen weder die Krankenkassen noch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über Datensätze, aus denen hervorgeht, in welchem Umfang Mehrleistungen bei Füllungen und Zahnersatz, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen, erbracht werden und mit welchem Zeitaufwand sie verbunden sind. Insoweit fehlt – anders als im vertragsärztlichen Bereich – ein Überblick über das gesamte Leistungsspektrum der Vertragszahnärzte. Aus diesem Grund werden die zahnarztbezogenen Plausibilitätsprüfungen in § 106a Abs. 2 insoweit eingeschränkt, als sie nicht mehr die Feststellung von zeitlichen Plausibilitäten/Unplausibilitäten umfassen (s. Begründung zu § 106a). Werden aber künftig aus zeitlichen Unplausibilitäten keine Konsequenzen gezogen, erübrigen sich auch Angaben zum Zeitaufwand im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In § 87 Abs. 2 finden sich die Grundsätze, die bei der Bewertung von Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab vom Bewertungsausschuss zu berücksichtigen sind. Wie im geltenden Recht bleibt es dabei, dass im EBM die Bewertungsrelationen für die vertragsärztlichen Leistungen (in Punkten) aufgeführt sind und dass die dort enthaltenen Leistungen nach Arztgruppen gegliedert sind. Zur Ausgestaltung des EBM werden im Absatz 2 folgende neue Vorgaben gemacht: In Satz 3 wird vorgegeben, dass die Bewertung der von einer Arztpraxis insgesamt erbrachten Leistungen so festzulegen ist, dass sie ab einem bestimmten vom Bewertungsausschuss festzusetzenden Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Klargestellt wird in Satz 4, dass die Leistungsbewertungen und die Abstaffelungsregelung auf der Grundlage sachgerechter Stichproben bei Ärzten und auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln sind. Diese Grundsätze sind bei der Bewertung aller vertragsärztlichen Leistungen anzuwenden, sie gelten also sowohl für die Festlegung der hausärztlichen Versichertenpauschalen als auch für die fachärztlichen Grund- und Zusatzpauschalen sowie die verbleibenden Einzelleistungen (siehe Buchstabe e zu Absatz 2a). Auch dadurch soll eines der zentralen Ziele der Vergütungsreform – die leistungsgerechte Vergütung zwischen den Arztgruppen – sichergestellt werden.

Zu Buchstabe e

Die neugefassten Absätze 2a bis 2d beinhalten spezifische Vorgaben, wie die vertragsärztlichen Leistungen im EBM im Einzelnen abzubilden sind. Enthalten sind hier neben neuen Vorgaben (Pauschalierung, Mengensteuerung, Honorarzuschläge für besondere Qualität) auch Regelungen des bisherigen Rechts, die aktualisiert und verständlicher formuliert wurden.

Zu Absatz 2a

In Absatz 2a Satz 1 und 2 wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Vorgabe des bisherigen Rechts vorangestellt, dass der EBM in hausärztliche und fachärztliche Leistungskapitel zu gliedern ist (Absatz 2a Satz 5 und 6 – alt –).

Zu Absatz 2b

Der neue Absatz 2b gibt vor, wie die hausärztlichen Leistungen im EBM abzubilden sind. Vorgesehen sind Versichertenpauschalen, mit denen die gesamten üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen vergütet werden. Die Pauschalen können nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Zudem können Zuschläge für die Versorgung von Versicherten gezahlt werden, wenn daran besondere Qualitätsanforderungen geknüpft sind (Qualitätszuschlag, z. B. bei Palliativversorgung etc.). Nur noch für besonders zu fördernde Leistungen (z. B. Prävention) sind Einzelleistungen vorzusehen.

Der bisher in Absatz 2b geregelte spezifische Auftrag zur Bewertung der Laborleistungen im EBM ist umgesetzt und kann entfallen.

Zu Absatz 2c

Der neue Absatz 2c gibt vor, wie die fachärztlichen Leistungen abzubilden sind. Für die fachärztlichen Leistungen sind arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen Grund- und Zusatzpauschalen vorzusehen; Einzelleistungen können nur vorgesehen werden, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Mit den Grundpauschalen werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Die Zusatzpauschalen vergüten den besonderen Leistungsaufwand, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt. Im Rahmen dieser Zusatzpauschalen ist also auch die zur Leistungserbringung jeweils notwendige besondere Qualität zu berücksichtigen (Qualitätszuschlag). Die Grund- und Zusatzpauschalen werden für jede Arztgruppe durch diagnosebezogene Fallpauschalen ergänzt, mit denen die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, vergütet wird und die in diesem Fall statt der Zusatzpauschalen zur Abrechnung kommen.

Satz 5 übernimmt die im bisherigen Recht in Absatz 2a Satz 1 zweiter Halbsatz geregelte Vorgabe, zur Festlegung von Fallpauschalen im Rahmen kooperativer Versorgungsformen.

Zu Absatz 2d

Der neue Absatz 2d enthält die Vorgabe, dass im EBM für die Hausarzt-Versichertenpauschale und die Facharztpauschalen (Grund- und Zusatzpauschalen, diagnosebezogene Fallpauschalen) jeweils der mindestens zu erbringende Leistungsumfang, inklusive der Mindestanforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, auszuweisen ist und die entsprechenden Abrechnungsanforderungen für die Abrechnung der Qualitätszuschläge offen zu legen sind. Zudem wird klargestellt, dass der EBM Regelungen zur Mengenbegrenzung (Abrechnungsausschlüsse, Verhinderung der Abrechnung der Versichertenpauschalen durch mehr als einen Arzt, Überweisungsvorbehalte) enthalten muss. In Satz 3 wird vorgegeben, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der in den Absätzen 2b bis 2d enthaltenen Vorgaben spätestens bis zum 31. Oktober 2007 zu erfolgen hat, so dass sichergestellt ist, dass der neue EBM spätestens zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt.

Die bisher in Absatz 2d geregelten Vorgaben für den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen finden sich nunmehr im neuen Absatz 2i (s. Buchstabe g).

Zu Buchstabe f

Die neuen Absätze 2e bis 2h enthalten die weiteren Rahmenvorgaben zur Euro-Gebührenordnung, die der Bewertungsausschuss zu treffen hat. Sie enthalten insbesondere die Regelungen zur Festlegung und Anpassung der Orientierungswerte sowie Regelungen zur Festlegung von Indikatoren für regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur.

Zu Absatz 2e

Absatz 2e gibt nunmehr für das neue Vergütungssystem vor, dass der Bewertungsausschuss Orientierungswerte (in Euro) für die für vertragsärztliche Leistungen bundesweit und kassenartenübergreifend zu zahlenden Punktwerte bestimmt. Die Orientierungswerte dienen den regionalen Vertragspartnern später als Grundlage für die regionalen Preisvereinbarungen, in denen durch Zu- oder Abschläge auf die Orientierungswerte die in den einzelnen Regionen tatsächlich zur Auszahlung kommenden Preise und damit die regionalen Euro-Gebührenordnungen festgelegt werden (vgl. § 85a Abs. 2 sowie die Begründung hierzu). Aus den Orientierungswerten in Euro und den Bewertungsrelationen des EBM lässt sich rechnerisch eine bundesweite Euro-Gebührenordnung ermitteln. Die Preise dieser Euro-Gebührenordnung kommen aber nur zur Anwendung, falls auf regionaler Ebene keine Abweichung von den Orientierungswerten vereinbart wird.

Neben dem Orientierungswert nach Satz 1 Nr. 1 (Regelfall) legt der Bewertungsausschuss gleichzeitig besondere Orientierungswerte zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen fest, die von Ärzten in von Unterversorgung betroffenen Gebieten (Satz 1 Nr. 2) bzw. in von Überversorgung betroffenen Gebieten (Satz 1 Nr. 3) erbracht werden. Satz 2 gibt vor, dass die Orientierungswerte zur Vergütung der Ärzte, die in unterversorgten Gebieten tätig sind, dabei so weit über dem Orientierungswert im Regelfall und die Orientierungswerte zur Vergütung der Ärzte, die in überversorgten Gebieten tätig sind, so weit unter dem Orientierungswert im Regelfall liegen, dass das Niederlassungsverhalten der Ärzte über diese Preisanreize gesteuert werden kann. Die Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung müssen sich somit in ihrer Höhe deutlich von den Orientierungswerten im Regelfall unterscheiden. Satz 2 zweiter Halbsatz erlaubt es dem Bewertungsausschuss dabei, die Orientierungswerte für Über- und Unterversorgung nach dem Versorgungsgrad (vgl. § 101 Abs. 1) noch weiter zu differenzieren. Die Orientierungswerte bei Unterversorgung können demnach z. B. um so höher ausfallen, je stärker die Unterversorgung ausgeprägt ist.

Die Einführung dieses neuen Steuerungsinstrumentes ist erforderlich, da die vertragsärztliche Versorgung nach wie vor teilweise durch eine Situation der Überversorgung, insbesondere im fachärztlichen Bereich, aber auch durch die Gefahr von Unterversorgung im hausärztlichen Bereich, insbesondere in ländlichen Regionen der neuen Länder, gekennzeichnet ist. Durch die gegenwärtige durch Zulassungssperren bewirkte Umverteilungsplanung konnte erreicht werden, dass die Überversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht weiter angestiegen ist. Aufgrund ihrer Ausgestaltung konnte diese Planung jedoch einen Abbau von Überversorgung nicht erreichen. Ebenso konnte sie mangels entsprechender Anreize nicht zur Beseitigung oder Abwendung von Unterversorgung in erforderlichem Maße beitragen.

Mit der neuen Regelung wird nunmehr ein finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Über- bzw. von Unterversorgung etabliert, das die Perspektive eröffnet, die Sicherstellung der bedarfsgerechten, flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung künftig gegebenenfalls ohne die gegenwärtige durch Zulassungssperren bewirkte regionale Umverteilungsplanung gewährleisten zu können.

In den Sätzen 3 bis 5 werden weitere Vorgaben zur Ausgestaltung der Orientierungswerte gemacht.

Satz 3 enthält die Vorgabe, dass die jeweiligen Finanzvolumina – Mehraufwand nach Maßgabe des Orientierungswertes nach Satz 1 Nr. 2 bzw. Minderaufwand nach Maßgabe des Orientierungswertes nach Satz 1 Nr. 3 – sich gegenseitig ausgleichen, so dass im Endergebnis keine zusätzlichen finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenkassen entstehen. Zur Erreichung dieses Zieles ist vorher abzuschätzen, wie viele vertragsärztliche Leistungen in von Unterversorgung betroffenen Gebieten mit dem höheren Orientierungswert nach Satz 1 Nr. 2 gezahlt werden und in welchem Maß zur Kompensation dieser Mehrzahlung der Orientierungswert nach Satz 1 Nr. 3 in von Überversorgung betroffenen Gebieten abzusenken ist.

In Satz 4 wird vorgegeben, dass die Orientierungswerte, die im Falle von Überversorgung zur Anwendung kommen, in einem Übergangszeitraum nach sog. Alt- und Neufällen zu differenzieren sind, d. h. in dieser Übergangsphase können vom Bewertungsausschuss für die Vergütung der Ärzte, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle), höhere Orientierungswerte vereinbart werden als für die Vergütung der Ärzte, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle). Die Notwendigkeit zu dieser Differenzierung zwischen Alt- und Neufällen ergibt sich daraus, dass die Orientierungswerte bei Überversorgung unterhalb der Orientierungswerte im Regelfall liegen und ihre

Anwendung somit mit Einkommenseinbußen für die bereits niedergelassenen Ärzte (Altfälle) verbunden sein kann (s. o.). Während die Neufälle bei ihrer Entscheidung zur Niederlassung die niedrigeren Preise bereits einkalkulieren können, haben die Altfälle diese Möglichkeit nicht mehr. In Satz 4 zweiter Halbsatz wird vorgegeben, dass die Orientierungswerte für Alt- und Neufälle so zeitnah wie möglich einander anzugleichen sind. Dauerhaft sollen die Unterschiede zwischen der Vergütung von Alt- und Neufällen also nicht bestehen bleiben; hier bietet sich eine stufenweise Angleichung der Orientierungswerte an. Wie lange die unterschiedliche Vergütung von Alt- und Neufällen dabei erforderlich ist, wird insbesondere davon abhängen, wie groß die jeweiligen Preisabschläge zum Regelpreis sind, welche faktisch auf die Ärzte in überversorgten Gebieten zukommen.

Über die Anwendung der Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung entscheidet im vorgegebenen bundeseinheitlichen Rahmen grundsätzlich die regionale Ebene. Satz 5 sieht aber vor, dass der Bewertungsausschuss die Fälle (und den Anwendungszeitraum für diese Fälle) bestimmt, in denen die regionale Ebene die Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung zwingend anwenden muss. Damit soll sichergestellt werden, dass in diesen zwingenden Fällen in allen Regionen von der Preisdifferenzierung Gebrauch gemacht wird.

Zu Absatz 2f

In § 85a Abs. 2 (neu) ist geregelt, dass die regionalen Vertragspartner Zu- und Abschläge von den Orientierungswerten vereinbaren können, um regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Um eine bundeseinheitliche Anwendung dieser Regelung sicherzustellen, haben die regionalen Vertragspartner dabei aber zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses anzuwenden (vgl. auch Begründung zu § 85a Abs. 2). Satz 1 gibt dem Bewertungsausschuss entsprechend den Auftrag, Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur festzulegen. Satz 2 stellt klar, dass der Bewertungsausschuss zur Ermittlung dieser Indikatoren eigene Datenerhebungen durchführen kann und dass er soweit möglich auch auf amtliche Indikatoren zurückgreifen soll. Satz 3 bestimmt, dass als Indikatoren für das Vorliegen regionaler Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur insbesondere Indikatoren dienen sollen, die Abweichungen der regionalen Fallzahlentwicklung von der bundesdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung messen. Relevant sind die Unterschiede bei der Fallzahlentwicklung in den Regionen deshalb, da die Entwicklung der Fallzahlen im Zeitablauf eines der Kriterien ist, welches bei der jährlichen Anpassung der Orientierungswerte durch den Bewertungsausschuss zu berücksichtigen ist (vgl. Absatz 2h). Zur Messung einer signifikant abweichenden regionalen Fallzahlentwicklung bietet sich z. B. an, dass der Bewertungsausschuss einen Schwellenwert festlegt, ab dessen Überschreitung auf der regionalen Ebene mit einer Punktwertabweichung vom bundesweiten Orientierungsniveau reagiert wird.

Als Indikatoren zum Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur sollen nach Satz 4 Indikatoren dienen, die Abweichungen der für Arztpraxen relevanten regionalen Investitions- und Betriebskosten von den entsprechenden bundesdurchschnittlichen Kosten messen. Für den Fall, dass der Bewertungsausschuss auf keine entsprechenden spezifischen amtlichen Kostenindikatoren zurückgreifen kann, muss er ggf. mit der Hilfe eigener Datenerhebungen solche Indikatoren selbst erstellen. Da die Zeit dafür bis zur erstmaligen Festlegung der Indikatoren ggf. nicht ausreicht, ermöglicht Satz 5 dem Bewertungsausschuss in diesem Fall ausnahmsweise, auf amtliche Indikatoren zurückzugreifen, welche Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen. Entsprechende amtliche Indikatoren der statistischen Ämter (z. B. Arbeitnehmerentgelt, Bruttoinlandsprodukt, Bruttolöhne- und -gehälter, verfügbares Einkommen) liegen bereits heute vor und können deshalb eine zeitnahe Umsetzung durch den Bewertungsausschuss ermöglichen. Es ist davon auszugehen, dass diese Indikatoren die relevanten unter den Ländern bestehenden Niveauunterschiede bei den Praxiskosten hilfsweise abbilden können, da in Regionen mit höherer Wirtschaftskraft in der Regel auch einige der o. g. für Ärzte relevanten Kosten überdurchschnittlich hoch sein dürften. Auch im Fall der hilfsweisen Verwendung dieser Indikatoren bleibt es aber Aufgabe des Bewertungsausschusses, die Indikatoren sachgerecht und differenziert anzuwenden, indem er beispielsweise festlegt, welche der relevanten regionalen Praxiskostenunterschiede (z. B. Unterschiede bei Personalkosten oder Kapitalkosten) mit den amtlichen Indikatoren zur Messung der Wirtschaftskraft hilfsweise geschätzt werden können.

Zu Absatz 2g

Damit das neue Vergütungssystem – wie im durch das GKV-Modernisierungsgesetz vorgegebenen gesetzlichen Rahmen – tendenziell kostenneutral eingeführt werden kann, werden im Absatz 2g für das erste Jahr der Einführung des Vergütungssystems Vorgaben für die Festlegung der Orientierungswerte gemacht, die sicherstellen sollen, dass es durch den Preiseffekt nicht zu Mehrkosten für die GKV insgesamt kommt.

Für das Jahr 2009 wird dem Bewertungsausschuss in den Sätzen 1 bis 6 zwingend vorgegeben, wie die Orientierungswerte erstmalig festzusetzen sind, so dass bundesweit insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung der Versicherten ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Die Vorgabe zum Ausschließen von Beitragssatzerhöhungen ist bei Festlegung der Orientierungswerte auf Bundesebene auf die GKV insgesamt zu beziehen, d. h. für einzelne Krankenkassen können sich durch die Preisfestsetzungen durchaus Beitragserhöhungen ergeben.

Der Bewertungsausschuss hat sich zur Ermittlung des Orientierungswertes im Regelfall an die Vorgaben der Sätze 3 bis 6 zu halten. Diese Regelungen führen dazu, dass der Orientierungswert im Regelfall dem sich aus dem „alten Vergütungssystem“ ergebenden rechnerischen bundesdurchschnittlichen Punktwert im Jahr 2008 nahe kommt. Auf regionaler Ebene können Zu- oder Abschläge vereinbart werden, wenn bestimmte objektive Indikatoren erfüllt sind (vgl. Begründung zu § 85a Abs. 2).

Die Funktionsfähigkeit der Vergütungssystematik im Einführungsjahr der neuen Honorierung hängt entscheidend da-

von ab, dass bereits spätestens zum 1. Januar 2008 – und damit ein Jahr vor der Einführung der Euro-Gebührenordnung – mit dem neuen weitgehend auf Pauschalierungen umgestellten EBM abgerechnet wird und die Vertragspartner zeitnah und kassenbezogen über Datengrundlagen zu den im Vorjahr abgerechneten Leistungen verfügen.

Zu Absatz 2h

Absatz 2h gibt vor, welche Vorgaben bei den jährlich zu vereinbarenden Veränderungen der Orientierungswerte in den Folgejahren zu berücksichtigen sind. Es sind dies die allgemeine Kostenentwicklung, die Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen (soweit diese noch nicht durch eine Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen des EBM bzw. durch die im EBM vorgesehene Abstaffelungsregelungen erfasst worden sind). Diese Kriterien entsprechen den Kriterien für die Vereinbarung der sog. Landesbasisfallwerte im Krankenhausbereich (§ 10 Abs. 3 KHEntG). Zudem sind die aufgetretenen Wirkungsdefizite der besonderen Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 zu berücksichtigen.

Die Berücksichtigung von mit Fallzahlsteigerungen verbundenen Kostendegressionseffekten gemäß Satz 1 Nr. 3 ist dabei nicht so zu verstehen, dass die Orientierungswerte bei einer Fallzahlsteigerung so weit abzusenken sind, dass die (rechnerische) Honorarsumme insgesamt konstant bleibt. Ein solches automatisches „Floaten“ der Punktwerte würde dem mit der Vergütungsreform verfolgten Ziel, das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen zu verlagern, entgegenstehen: Für morbiditätsbedingte Mehrleistungen haben die Krankenkassen mehr Geld zur Verfügung zu stellen.

Satz 2 stellt klar, dass bei der Festlegung des Orientierungswertes im Regelfall für das Jahr 2010 die ggf. bei der Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2009 aufgrund der Verwendung unterjähriger Daten des Jahres 2008 aufgetretenen Fehlschätzungen zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe g

Die im bisherigen Absatz 2d geregelten Vorgaben für den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen finden sich nunmehr im neuen Absatz 2i.

Zu Buchstabe h

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Mit der Reduzierung der Zahl der von den Beteiligten entsandten Vertretern werden auch in diesem Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidungsstrukturen deutlich gestrafft und transparenter gestaltet.

Zu Buchstabe i

Die Erfahrungen mit der GMG-Vergütungsreform und der EBM-Reform zeigen, dass das geltende Entscheidungsverfahren im Bewertungsausschuss für derartig komplexe und konfliktbeladene Beschlüsse kaum geeignet ist. Sachgerechte Erwägungen werden von Interessenkonflikten insbesondere zwischen Ärzten und Krankenkassen überlagert und Entscheidungen nicht schnell genug getroffen (Fristüberschreitung bei der GMG-Reform, Zeitbedarf zur EBM-Reform fast 10 Jahre). Zudem beklagen einzelne Arztgruppen, dass sie nicht ausreichend am Entscheidungsprozess beteiligt werden. Da die Verfahren intransparent sind, können Dritte die Beschlüsse nur schwer nachvollziehen und sachlich bewerten. Dadurch ist die Akzeptanz bei den von den Beschlüssen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Ärzten oftmals sehr gering. Auch dem Bundesministerium für Gesundheit, das die Beschlüsse beanstanden kann, ist es nur schwer möglich, die Beschlüsse hinreichend nachzuvollziehen und ihre Auswirkungen abzuschätzen.

Um die o. g. Probleme zu lösen, müssen die Verfahren zeitnah professionalisiert werden und die Transparenz über die Beschlüsse muss erhöht werden. Entsprechende Regelungen werden in den neuen Absätzen 3a bis 3f getroffen.

Zu Absatz 3a

Der neue Absatz 3a stellt klar, dass der Bewertungsausschuss die Auswirkungen seiner Beschlüsse auf die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten sowie die Honorare der Vertragsärzte zu analysieren hat. Diese Aufgabe des Bewertungsausschusses war bislang nicht explizit im Gesetz geregelt. Zudem findet sich an dieser Stelle nunmehr die Regelung aus § 85 Abs. 4a Satz 5 (alt), wonach der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit in jedem Jahr einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung vorzulegen hat. Bezüglich des Berichts wird klargestellt, dass in dem Fall, in dem der Bewertungsausschuss seinen Berichtspflichten nicht nachkommt, die Regelungen zur Ersatzvornahme (vgl. Begründung zu Absatz 6) entsprechend auch in diesem Falle gelten, d. h. das Bundesministerium für Gesundheit kann in diesem Falle auf Kosten des Bewertungsausschusses den Bericht von ihm zu bestellenden Gutachtern erstellen lassen.

Zu Absatz 3b

Im neuen Absatz 3b wird die Einrichtung eines neutralen Instituts geregelt, welches den Bewertungsausschuss bei seinen sämtlichen Aufgaben unterstützt. Dies ist die zentrale Regelung zur Erhöhung der Professionalität der Erarbeitung der Vergütungsreform im Bewertungsausschuss. Ein entsprechendes „Modell“ wurde im Krankenhausbereich bei der Einführung eines neuen Entgeltsystems (DRG) bereits erfolgreich praktiziert. Nach der gesetzlichen Vorgabe bleibt die Aufgabe des Instituts nicht auf die Ausarbeitung der neuen Vergütungsreform beschränkt, sondern wird nach Satz 2 auf die Vorbereitung sämtlicher Beschlüsse des Bewertungsausschusses und dessen Unterstützung bei seinen sonstigen Aufgaben bezogen: In Zukunft erarbeitet das Institut somit insbesondere

- die Vergütungsreform, d. h. die Grundlagenbeschlüsse zu den regionalen Vereinbarungen der Euro-Gebührenordnung, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, der arztbezogenen Regelleistungsvolumina,
- die Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs, d. h. die Definition des Leistungsinhalts nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik, die Kalkulation der Pauschalen für die hausärztlichen sowie für die fachärztlichen Leistungen, die Kalkulation der Orientierungswerte, einschließlich

der Differenzierungen nach Versorgungsgraden, Näheres zur Bestimmung der Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur,

- die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Übermittlung der erforderlichen Datengrundlagen für die Vergütung der Vertragsärzte.

Es unterstützt zudem den Bewertungsausschuss bei der Analyse der Auswirkungen von Beschlüssen auf die vertragsärztliche Versorgung sowie bei der Vorbereitung der von ihm zu erstellenden Berichte (jährlicher Bericht zur Vergütungssituation der Ärzte, Bericht zur Steuerungswirkung der Orientierungswerte auf das ärztliche Niederlassungsverhalten und Bericht zu Datenschutz und Pseudonymisierung). Damit wird sichergestellt, dass alle komplexen Aufgaben des Bewertungsausschusses zukünftig in einem professionellen Verfahren vorbereitet werden.

Ausgehend davon, dass das Institut nicht selbst auch die Funktion einer Datenannahmestelle nach Absatz 3f Satz 4 für die o. a. Aufgaben übernimmt, erscheint in der Anfangsphase eine personelle Mindestausstattung von 13 qualifizierten Mitarbeitern als sachgerecht. Neben dem Institutsleiter/der Institutsleiterin sind drei in etwa gleich große Arbeitsteams mit medizinischen, ökonomischen und EDV-technischen Aufgabengebieten erforderlich.

Die Träger des Bewertungsausschusses haben am 17. Mai 2006 ein Institut des Bewertungsausschusses gegründet. Der Institutsgründung war im Oktober 2004 ein Hinweis des Bundesministeriums für Gesundheit zur Notwendigkeit einer Umstrukturierung der Organisation des Bewertungsausschusses sowie die Einrichtung einer entsprechenden Arbeitsgruppe des Bewertungsausschusses im Januar 2005 vorangegangen. Dieses Institut hat nach Angaben der Träger des Bewertungsausschusses im Kern zwei Aufgaben. Zum einen ist das die Pflege und Weiterentwicklung eines Patientenklassifikationsverfahrens zur zuverlässigen Abschätzung des Versorgungsbedarfs der Versicherten. Zum anderen übernimmt das Institut Analysen und Berechnungen für die Anpassung von Abrechnungspositionen und der Sachkostenpauschalen im einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Der damit eingeleitete Prozess der Professionalisierung des Entscheidungsverfahrens des Bewertungsausschusses wird nunmehr weiter gefördert und gesetzlich abgesichert. Die Träger des Bewertungsausschusses haben nunmehr unverzüglich zu überprüfen, ob die mit diesem Gesetz dem Institut zugewiesenen komplexen Aufgaben im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Fristen durch das von ihnen gegründete Institut, einschließlich der bislang vorgesehenen personellen und sachlichen Ausstattung, erfüllt werden können. Aus diesem Grund sieht das Gesetz ein rückwirkendes Inkrafttreten dieser Regelungen vor (vgl. Inkrafttretensregelungen). Die erforderlichen personellen und organisatorischen Anpassungsmaßnahmen sind spätestens bis zum 30. April 2007 abzuschließen, damit das Institut zügig und sachgerecht die bereits im Jahr 2007 abzuschließenden Aufgaben (insbesondere die Neugestaltung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 87 Abs. 2a) abarbeiten kann.

Um auch die Kompetenzen von externen Anbietern nutzen zu können, wird dem Bewertungsausschuss in Absatz 3b Satz 4 alternativ ermöglicht, die entsprechenden Leistungen extern „einzukaufen“. Nutzt der Bewertungsausschuss diese Möglichkeit, so gilt sein gesetzlicher Auftrag aus Absatz 3b ebenfalls als erfüllt.

Zu Absatz 3c

Absatz 3c regelt die Finanzierung der im Institut anfallenden Kosten. Sie erfolgt entsprechend dem Modell zur Finanzierung des DRG-Instituts (vgl. § 17b Abs. 5 Nr. 1 KHG) sowie des Instituts des Gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. § 139c Abs. 1 SGB V) durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden vertragsärztlichen ambulant-kurativen Behandlungsfall. Der Zuschlag ist entsprechend dieser Modelle von den Krankenkassen zusätzlich und somit außerhalb der Gesamtvergütungen zu tragen. Das Nähere ergibt sich aus einer Finanzierungsregelung, die der Bewertungsausschuss beschließt.

Zu Absatz 3d

Absatz 3d stellt klar, dass der Bewertungsausschuss über die Ausstattung des Instituts oder des beauftragten Dritten mit den erforderlichen Sachmitteln sowie der Einstellung des Personals zu entscheiden hat. Die entsprechenden Beschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Zudem wird klargestellt, dass die interne Organisation des Instituts so zu gestalten ist, dass den besonderen Anforderungen des Datenschutzes Rechnung getragen wird.

Zu Absatz 3e

Um die Transparenz über das Beratungs- und Entscheidungsverfahren im Bewertungsausschuss zu erhöhen, wird der Bewertungsausschuss in Absatz 3e dazu verpflichtet, eine Verfahrens- und Geschäftsordnung sowie eine Finanzierungsregelung für das Institut zu beschließen, die jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Entsprechende Regelungen gelten heute bereits bezüglich des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Absatz 3f

Durch die Regelung in Absatz 3f wird sichergestellt, dass der Bewertungsausschuss bzw. das Institut über alle erforderlichen Daten für seine Beschlüsse verfügt. Die entsprechenden Daten sind ihm von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zu liefern. Bislang gab es Regelungen zu notwendigen Datenlieferungen nur zu einzelnen Aufgaben des Bewertungsausschusses. Diese bisher an verschiedenen Stellen im Gesetz enthaltenen Regelungen werden nun auf alle komplexen Aufgaben des Bewertungsausschusses bezogen und in diesem Absatz zentral zusammengefasst.

Zu Absatz 3g

Absatz 3g stellt klar, dass die Regelungen der Absätze 3a bis 3f nicht für den für zahnärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss gelten. Eine Beschränkung der Regelungen auf den für vertragsärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss ist dadurch gerechtfertigt, dass die zu regelnden Sachverhalte in diesem Bereich weitaus komplexer sind.

Zu Buchstabe j

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Mit der Reduzierung der Zahl der

unparteiischen Mitglieder des erweiterten Bewertungsausschusses werden auch in diesem Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidungsstrukturen deutlich gestrafft und transparenter gestaltet.

Zu Buchstabe k

Im Falle einer Nichteinigung im Bewertungsausschuss kann nach geltendem Recht dieser selbst oder das Bundesministerium für Gesundheit den sog. erweiterten Bewertungsausschuss anrufen, welcher den entsprechenden Beschluss dann zu treffen hat. In der Vergangenheit hat sich aber gerade bei sehr komplexen Beschlüssen gezeigt, dass der erweiterte Bewertungsausschuss sich nicht in der Lage gesehen hat, die von den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils in das Verfahren eingebrachten Beschlussanträge sinnvoll bewerten zu können, da ihm die dafür notwendigen Auswertungen und Berechnungen nicht vorlagen. Durch diese Regelung wird die Position des erweiterten Bewertungsausschusses nunmehr erheblich verbessert. Es wird sichergestellt, dass auch der erweiterte Bewertungsausschuss für Entscheidungen im ärztlichen Bereich auf das neu zu gründende Institut (oder den beauftragten Dritten) zurückgreifen kann, so dass sich in Zukunft die Entscheidungsgrundlagen für den erweiterten Bewertungsausschuss erheblich verbessern dürften. Damit steigen die Chancen, dass Beschlüsse auch bei Nichteinigung im Bewertungsausschuss schneller und ohne ein Eingreifen des Bundesministeriums für Gesundheit zu Stande kommen. Letztlich trägt die Regelung somit zu einer Stärkung der Selbstverwaltung bei.

Zu Buchstabe l

Bereits nach geltendem Recht sind dem Bundesministerium für Gesundheit die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vorzulegen und es kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass dem Bundesministerium für Gesundheit gerade bei komplexen Beschlüssen wichtige Informationen fehlen, um die Prüfung der Beschlüsse sinnvoll durchführen zu können. Damit es das Zustandekommen von einzelnen Beschlüssen des Bewertungsausschusses künftig besser nachverfolgen kann, erhält es in Satz 1 Teilnahmerechte an den Sitzungen im Bewertungsausschuss und im Institut. Damit ist es möglich, etwaige Problemstellungen und Konflikte frühzeitig zu erkennen. Analoge Regelungen gibt es bei der Erarbeitung des DRG-Vergütungssystems im Krankenhausbereich. Zudem wird der Bewertungsausschuss verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit neben den Beschlüssen zeitgleich auch die dafür maßgeblichen Gründe vorzulegen. Auch dies steigert die Transparenz über die Beschlussfassung im Bewertungsausschuss und erleichtert eine sachgerechte Bewertung der Beschlüsse erheblich.

Zudem wird in Satz 2 klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Prüfung der Beschlüsse neue Informationen und Stellungnahmen vom Bewertungsausschuss anfordern kann, ohne dass es dabei Gefahr läuft, durch diese Nachfragen die Prüffrist von 2 Monaten zu überschreiten. Diese Regelungen entsprechen analogen Regelungen bezüglich der Prüfung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Begründung zu § 94).

Satz 3 regelt für das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, den Bescheid der Nichtbeanstandung von Beschlüssen mit Auflagen zu versehen. Damit werden dem Bundesministerium für Gesundheit neben einer Beanstandung auch weniger einschneidende Mittel zur Verfügung gestellt, um unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der Normadressaten an Rechtssicherheit und Vertrauensschutz auf die Übereinstimmung der Beschlüsse der Selbstverwaltung mit dem gesetzlichen Regelungsauftrag hinzuwirken.

Bereits nach geltendem Recht hat das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, Ersatzvornahmen für Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu treffen. Satz 4 entspricht dem alten Satz 2 dieses Absatzes. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält in Satz 5 im Falle einer Ersatzvornahme aber nunmehr eine Zugriffsmöglichkeit auf das Institut – analog zu einer entsprechenden, erfolgreich praktizierten Regelung im Krankenhausbereich. Dadurch wird das Bundesministerium für Gesundheit faktisch in die Lage versetzt, im Falle einer nicht erfolgenden oder verspäteten Umsetzung von gesetzlich vorgegebenen Beschlüssen Ersatzvornahmen zu treffen. Ein Zugriff auf das Institut ist hier insbesondere erforderlich, um zeitnah Auswertungen und Simulationsberechnungen erhalten zu können, mit denen die zu erwartenden Auswirkungen von Beschlüssen auf die ärztlichen Honorare und die vertragsärztliche Versorgung abgeschätzt werden können. Ohne solche Auswertungen und Beschlüsse können komplexe Beschlüsse nicht getroffen werden. Nach wie vor ist eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit aber erst der letzte zu ergreifende Konfliktlösungsmechanismus. Durch die übrigen Maßnahmen (Stärkung des erweiterten Bewertungsausschusses, Teilnahmerechte des Bundesministeriums für Gesundheit an den Sitzungen, Schaffung der o. g. neuen aufsichtsrechtlichen Instrumente) soll gerade erreicht werden, dass Konflikte bei der Beschlussfassung durch die Selbstverwaltung selbst oder aber frühzeitig durch eine enge Abstimmung zwischen Bundesministerium für Gesundheit und Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss gelöst werden können. Letztlich soll dadurch insgesamt der Anreiz für die Selbstverwaltung erhöht werden, Regelungen fristgerecht zu gestalten.

Zu Buchstabe m

Zu Absatz 7

Mit dem Absatz 2c wird im ambulanten ärztlichen Bereich ein finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Über- bzw. von Unterversorgung etabliert, das die Perspektive eröffnet, die Sicherstellung der bedarfsgerechten, flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung künftig gegebenenfalls – ebenso wie in diesem Gesetz für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgesehen – ohne die gegenwärtige durch Zulassungssperren bewirkte regionale Umverteilungsplanung gewährleisten zu können. Absatz 7 verpflichtet das Bundesministerium für Gesundheit 2,5 Jahre nach Inkrafttreten des neuen Vergütungssystems auf der Grundlage von Analysen des Bewertungsausschusses zur Steuerungswirkung der Preisdifferenzierung bei Über- und Unterversorgung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten, die dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen sind, dem Deutschen Bundestag zu berichten und zu überprüfen, ob die

gegenwärtige Zulassungsbegrenzung entfallen kann. Es wird klargestellt, dass in dem Fall, in dem der Bewertungsausschuss seinen Berichtspflichten nicht nachkommt, die Regelungen zur Ersatzvornahme in Absatz 6 auch in diesem Falle gelten, d. h. das Bundesministerium für Gesundheit kann in diesem Falle auf Kosten des Bewertungsausschusses den Bericht von ihm zu bestellenden Gutachtern erstellen lassen.

Zu Absatz 8

Mit dem durch das GKV-Modernisierungsgesetz vorgegebenen Wegfall der bisherigen fallbezogenen Datenübermittlungen bei Abrechnungen ambulanter ärztlicher Leistungen (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 in Verbindung mit § 295 Abs. 2) sowie der in diesem Gesetz vorgesehenen Datenübermittlungsvorgaben versichertenbezogener Daten an die Vertragsparteien der zum 1. Januar 2009 zu vereinbarenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (§ 85a Abs. 6) sowie die von diesen zu berechnenden arztbezogenen Regelleistungsvolumina (§ 85b Abs. 5) sind Erkenntnisse über die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen besonders wichtig.

Der Deutsche Bundestag hatte in seiner 64. Sitzung am 26. September 2003 (S. 5475 (c)) zu den Regelungen zur Datenübermittlung des GKV-Modernisierungsgesetzes eine Entschließung gefasst (Bundestagsdrucksache 15/1584, S. 11). Danach erwartet der Deutsche Bundestag mit Blick auf die Bedeutung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Umsetzung dieser Neuregelung in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit evaluieren und hierbei auch die Möglichkeit von Pseudonymisierungsverfahren einbeziehen. Auf der Grundlage der Evaluationserfahrungen der Spitzenverbände der Krankenkassen wurde das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebeten, dem Deutschen Bundestag bis Ende 2008 zu berichten.

Aufgrund der mit diesem Gesetz vorgegebenen Neugestaltung der Vergütungsreform, die erst zwei Jahre später, als im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehen, zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden kann, sowie der erweiterten Datenübermittlungsverpflichtungen der Krankenkassen an die Gesamtvertragsparteien wird die Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit nunmehr gesetzlich vorgegeben und um zwei Jahre verschoben. Zum anderen wird in diesem Zusammenhang vorgegeben, dass dieser Bericht auf der Grundlage eines entsprechenden Berichts des Bewertungsausschusses erfolgt, der dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen ist. Entsprechend den Regelungen in Absatz 7 ist vorgesehen, dass in dem Fall, in dem der Bewertungsausschuss seinen Berichtspflichten nicht nachkommt, die Regelungen zur Ersatzvornahme in Absatz 6 auch in diesem Falle gelten, d. h. das Bundesministerium für Gesundheit kann in diesem Falle auf Kosten des Bewertungsausschusses den Bericht von ihm zu bestellenden Gutachtern erstellen lassen.

Zu Nummer 57a (§ 87a)

Redaktionelle Folgeänderung zur Regelung der Inhalte des bisherigen § 87 Abs. 2d im neuen § 87 Abs. 2i.

Zu Nummer 58 (§ 88)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die Aufgabe der Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen wird künftig auf Seiten der Krankenkassen von dem Spitzenverband Bund übernommen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 59 (§ 89)

Zu den Buchstaben a bis c

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zur Neufassung des § 85a.

Zu den Buchstaben e und f

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und Angleichung an die Formulierung in § 89 Abs. 2 Satz 2.

Zu Nummer 60 (§ 90)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 61 (§ 91)

Der angefügte Absatz 11 enthält im Hinblick auf die Vielzahl der zu regelnden Detailfragen im Zusammenhang mit der Fortentwicklung und Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 1. Januar 2008 eine Rechtsverordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates. Die Ermächtigung umfasst insbesondere die Regelung von Einzelheiten, die mit der Einführung hauptamtlicher Mitglieder im dann neu gestalteten Beschlussgremium zusammenhängen, die die Durchführung der Aufgaben dieses Beschlussgremiums sowie die Neuorganisation der Gremienarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss betreffen. Geregelt werden sollen insbesondere auch Einzelheiten zur Zusammenarbeit des Beschlussgremiums mit der Geschäftstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Näheres zur Beteiligung der Hauptamtlichen bei der Vorbereitung der Beschlussvorlagen in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen. Durch die Rechtsverordnung soll zudem sichergestellt werden, dass bei der vorbereitenden Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss Vertreterinnen und Vertreter der jeweils betroffenen Versorgungsbereiche angemessen einbezogen werden, da die bereichsspezifische Besetzung der bisherigen Beschlussgremien zukünftig entfällt. In der Gremienarbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses soll weiterhin der sachgerechte Interessenausgleich der Gemeinsamen Selbstverwaltung gewährleistet und die Expertise der Selbstverwaltungsinstitutionen genutzt werden. Die Rechtsverordnung

soll deshalb auch Regelungen zur Hinzuziehung weiterer Fachleute aus den Trägerorganisationen sowie externer Sachverständiger z. B. im Rahmen fachbezogener Arbeits- oder Themengruppen enthalten. Die in der Ermächtigung ausdrücklich genannten Regelungsinhalte der Rechtsverordnung sind nicht abschließend. Die Vorgaben der Rechtsverordnung gehen Regelungen der Verfahrensordnung und der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor.

Zu Nummer 62 (§ 92)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Buchstabe b

Klarstellende Ergänzung des Richtlinienkataloges nach Absatz 1 um die Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 3.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen sowie zur Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Buchstabe d

Bei Preisvergleichen sind die Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer zu berücksichtigen. Damit wird möglichen Ungleichbehandlungen unter den pharmazeutischen Unternehmern, die rabattierte bzw. nicht rabattierte Arzneimittel in Verkehr bringen, vorgebeugt.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig auch zu regeln, in welcher Weise die bei der Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Aufzeichnungen ausgewertet werden und wie die Maßnahmen insgesamt zu evaluieren sind. Die in Satz 2 bisher geregelte generelle Verpflichtung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen, die bei der Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten, hat sich nicht bewährt. Es wurden große Mengen von Daten gesammelt, die nicht angemessen ausgewertet werden konnten. Im Interesse eines Abbaus des überflüssigen Verwaltungsaufwandes wird die Regelung der flächendeckenden Sammlung der Aufzeichnungsergebnisse deshalb ersetzt durch die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, konkrete Vorgaben für eine sachgerechte Auswertung der anfallenden Aufzeichnungen sowie für eine zielgerichtete Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten z. B. im Hinblick auf ihre Qualität, Effektivität und Effizienz festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei je nach Fragestellung die für die Evaluation am besten geeignete Methodik wählen und gezielt die dafür notwendigen Aufzeichnungen und Auswertungen bestimmen. Auch was die Form der Aufzeichnungen betrifft, soll der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen treffen, die möglichst verwaltungsunaufwändig sind und die eine Auswertung oder Evaluation erleichtern. Bei seinen Vorgaben hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss an den Grundsatz der Datensparsamkeit zu halten und die Anforderungen des Datenschutzes zugunsten der Versicherten zu berücksichtigen. Zur Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses gehört auch die Festlegung, welche Institutionen die Auswertungen und die Evaluationen durchführen sowie in welcher Weise die Ergebnisse in die Weiterentwicklung der Richtlinien zu den Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten einfließen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Ergänzung des Regelungsinhaltes der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3, welche die Sätze 2 und 3 entbehrlich macht.

Zu Buchstabe f

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege oder von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus hat nach geltendem Recht ein Vertragsarzt auszustellen, auch wenn der Krankenhausarzt den medizinischen Sachverhalt besser abschätzen kann. Diese Regelung sichert nicht den nahtlosen Übergang von stationärer zu ambulanter Krankenbehandlung. Für die ambulanten Pflegedienste ist die Einbeziehung des Vertragsarztes in den Verordnungs- und Behandlungsprozess im Hinblick auf die Verordnung häuslicher Krankenpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt – und damit die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung – oftmals mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden. Ähnliche Probleme bestehen im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung. Daher wird zur Vermeidung von Versorgungslücken und zur Sicherung des Behandlungserfolges die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und – unter Beachtung des § 115c sowie den Arzneimittelrichtlinien – Arzneimittel mitgeben zu können. Der für die Mitgabe verantwortliche Krankenhausarzt hat den zuständigen Vertragsarzt mindestens gemäß § 115c darüber zu informieren. § 14 Abs. 7 des Apothekengesetzes wird dazu entsprechend geändert.

Die neue Regelung soll den Verwaltungsaufwand vermindern und gleichzeitig helfen, die Versorgung des Patienten sicherzustellen.

Zu Buchstabe g

Die Vorschrift dient dazu, den Sachverstand der Vertretungen der Hospizbewegung, der Palliativversorgung und der häuslichen Krankenpflege in die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.

Zu Nummer 63 (§ 94)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Änderung zur Beseitigung eines sprachlichen Fehlers.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzungen des Absatzes 1 konkretisieren die aufsichtsrechtlichen Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der Prüfung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Satz 3 stellt klar, dass das Bundesministerium für Gesundheit nach Vorlage eines Richtlinienbeschlusses berechtigt ist, beim Gemeinsamen Bundesausschuss weitere Informationen und ergänzende Stellungnahmen einzuholen, ohne dass es dabei Gefahr läuft, durch diese Nachfragen die Einhaltung der Frist nach Satz 2 zu versäumen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann danach im Zusammenhang mit dem Richtlinienbeschluss vom Gemeinsamen Bundesausschuss die zur Klärung der Sach- und Rechtsfragen notwendigen weiteren Auskünfte verlangen. Satz 4 regelt für das Bundesministerium für Gesundheit nunmehr ausdrücklich die Möglichkeit, den Bescheid der Nichtbeanstandung einer Richtlinie mit Auflagen zu versehen sowie zu ihrer Erfüllung eine angemessene Frist vorzugeben. Dem Bundesministerium für Gesundheit steht damit neben der Beanstandung einer Richtlinie auch das weniger einschneidende Mittel der Auflagenerteilung zur Verfügung, um z. B. rechtliche Hindernisse, die der uneingeschränkten Nichtbeanstandung entgegenstehen, zu beseitigen. Die Präzisierungen der aufsichtsrechtlichen Instrumente des Bundesministeriums für Gesundheit dienen vor allem der Rechtssicherheit in Bezug auf das Verfahren bei der Richtlinienprüfung und -beanstandung. Die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit bleibt nach Satz 5 unverändert bestehen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Veröffentlichung der tragenden Gründe von Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt bisher lediglich auf der Grundlage einer Regelung der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 7 Abs. 3 Satz 2). Im Interesse der Transparenz wird die Verpflichtung, die tragenden Gründe im Internet bekannt zu machen, ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Um zu gewährleisten, dass alle, die an den tragenden Gründen der Richtlinienbeschlüsse interessiert sind, deren Veröffentlichung im Internet zur Kenntnis nehmen können, muss die amtliche Bekanntmachung der Richtlinien im Bundesanzeiger zukünftig auch einen Hinweis auf deren jeweilige Fundstelle im Internet enthalten.

Zu Nummer 64 (§ 96)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 65 (§ 97)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 66 (§ 99)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 67 (§ 100)

Zu Buchstabe a

Nach § 100 Abs. 1 Satz 1 obliegt auch künftig die Zuständigkeit für die Feststellung einer eingetretenen oder unmittelbar drohenden Unterversorgung den Landesausschüssen der (Zahn)Ärzte und Krankenkassen. An dieser Unterversorgungsfeststellung wird auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung festgehalten, weil insbesondere die Vorschrift des § 105 über die Förderung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung, die an die Unterversorgungsfeststellung durch die Landesausschüsse knüpft, auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung weiterhin gelten soll. Künftig ausgeschlossen ist im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung allerdings die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen im Falle einer Unterversorgung (vgl. insoweit Begründung zu Buchstabe b). Aus diesem Grund wird der Hinweis in Absatz 1 Satz 1, dem im Rahmen dieser Vorschrift kein eigenständiger Regelungsgehalt zukommt, gestrichen.

Zu Buchstabe b

Nach § 100 Abs. 2 des gegenwärtig geltenden Rechts haben die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach einer entsprechenden Fristsetzung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 1 Satz 2 Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten des Zulassungsbezirks anzuordnen, wenn eine Unterversorgung durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder andere geeignete Maßnahmen nicht beseitigt werden kann.

Nach dem neuen § 100 Abs. 3 können die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen im Falle einer Unterversorgung Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 2 für Zahnärzte künftig nicht mehr anordnen. Entsprechend entfällt auch die Verpflichtung, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen – vor Anordnung von Zulassungsbeschränkungen – angemessene Fristen zur Beseitigung oder Abwendung von Unterversorgung einzuräumen.

Eine dem § 100 Abs. 3 entsprechende Regelung für den Fall einer Überversorgung enthält der neue § 103 Abs. 8. Entsprechend werden auch die weiteren Regelungen, die sich auf Zulassungsbeschränkungen beziehen, durch die neuen Vorschriften von § 101 Abs. 6 und § 104 Abs. 3 für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung aufgehoben.

Diese Änderungen sind dadurch begründet, dass für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Steuerung durch zwingende Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann. In diesem Leistungsbereich stellt sich zum einen das Problem der Überversorgung nicht in der gleichen Weise wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der fachärztlichen Versorgung, zum anderen ist auch die Gefahr von Leistungsausweitungen und angebotsinduzierter Versorgung nicht in der Weise gegeben wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.

Zu Nummer 68 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Nach dem neuen Absatz 6 gilt Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 nicht für Zahnärzte. Die Bezugnahmen in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 auf die Regelungen des § 85 Abs. 4b, die die Honorarverteilung in der vertragszahnärztlichen Versorgung betreffen, können deshalb entfallen.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen.

Zu Buchstabe d

Da nach dem neuen § 103 Abs. 8 die Vorschrift des § 103 Abs. 1 Satz 2 über Zulassungsbeschränkungen im Falle einer Überversorgung für Zahnärzte künftig nicht mehr gilt, entfällt als Folgeänderung für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auch die Geltung der Regelungen des § 101, soweit sie Zulassungsbeschränkungen voraussetzen.

Zu Nummer 69 (§ 103 Abs. 8)

Nach dem neuen Absatz 8 können die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen im Falle einer Überversorgung Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 Satz 2 für Zahnärzte künftig nicht mehr anordnen. Da damit an den Fall der Überversorgung – anders als an den Fall der Unterversorgung (vgl. Begründung zu § 100 Abs. 1 Satz 1) – keinerlei Rechtswirkungen mehr geknüpft sind, kann auch auf ihre förmliche Feststellung nach Absatz 1 Satz 1 verzichtet werden.

Als Folgeänderung entfällt auch die Geltung der weiteren sich auf Zulassungsbeschränkungen beziehenden Regelungen der Absätze 2 bis 7.

Zu den Gründen des Verzichts auf Zulassungsbeschränkungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung wird auf die Begründung zu § 100 Abs. 3 Bezug genommen.

Zu Nummer 70 (§ 104 Abs. 3)

§ 104 Abs. 1 und 2 enthält Ermächtigungsregelungen für den Verordnungsgeber der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte hinsichtlich näherer Regelungen bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wegen Unterversorgung und Überversorgung, von denen der Verordnungsgeber in den §§ 15, 16 und 16b der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte Gebrauch gemacht hat.

Da Zulassungsbeschränkungen für Zahnärzte im Falle der Unterversorgung nach dem neuen § 100 Abs. 3 und im Falle der Überversorgung nach dem neuen § 103 Abs. 8 nicht mehr angeordnet werden können, haben als Folgeänderungen auch die entsprechenden Verordnungsermächtigungen nach § 104 Abs. 1 und 2 für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zu entfallen.

Zu Nummer 71 (§ 105)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 313a Abs. 3 (vgl. Artikel 1 Nr. 211 Buchstabe b).

Zu Buchstabe c

Die Regelung ist erforderlich, da im ärztlichen Bereich mit der Einführung des neuen vertragsärztlichen Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 (vgl. §§ 85a ff. in Verbindung mit § 87 Abs. 2b) die Zahlung von Zuschlägen auf die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Unterversorgung vorgesehen ist. Für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung sind entsprechende finanzielle Anreize zum Abbau der Unterversorgung mit Hilfe des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems nicht vorgesehen, da sich hier Fragen der Unterversorgung nicht in gleicher Weise stellen. Deshalb sind die in § 105 vorgesehenen Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen ab dem 1. Januar 2009 auf den zahnärztlichen Bereich zu beschränken.

Zu Nummer 72 (§ 106)

Zu Buchstabe a

Folgeregelung der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle (vgl. Begründung zu den Absätzen 4 und 4a).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neuregelung eröffnet den Prüfgremien die Möglichkeit zur Richtgrößenprüfung für den Zeitraum eines Quartals nach Maßgabe der Prüfvereinbarungen. Damit wird eine zeitnähere Prüfung möglich, sodass der Arzt sein Verordnungsverhalten entsprechend früher anpassen kann. Zudem sind die finanziellen Belastungen für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte bei einer quartalsbezogenen Prüfung geringer als bei einer Prüfung für den Zeitraum eines Jahres.

Richtgrößenprüfungen können nicht durchgeführt werden, wenn die Richtgrößenvereinbarung nicht fristgemäß zustande kommt oder wenn diese wegen sonstiger Mängel unwirksam ist. Für diese Fälle ist es sachgerecht, dass anstelle eines Wegfalls der Prüfmöglichkeit die Richtgrößenprüfungen anhand von Durchschnittswerten mit den ansonsten unverändert geltenden Vorgaben für die Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden können.

Zu Doppelbuchstabe cc

Nach den Vorschriften des § 106 Abs. 5a in Verbindung mit § 84 Abs. 6 Satz 4 löst eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent einen Regress aus, soweit diese nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Durch die Neuregelung soll erreicht werden, dass die Prüfgremien die Zahl entsprechender Prüfverfahren in der Regel auf 5 Prozent der betroffenen Ärzte der jeweiligen Arztgruppe beschränken soll. Eine Beschränkung der Anzahl Prüfverfahren auf die besonders unwirtschaftlichen Ärztinnen und Ärzte ist sachgerecht. Hierdurch wird eine unangemessene Ausweitung von Prüfungen auf größere Teile der Ärzteschaft vermieden.

Zeiträume von mehr als zwei Jahren zwischen dem geprüften Verordnungszeitraum und dem Abschluss der Prüfung sind für die Betroffenen unzumutbar. Durch die Neuregelung werden die Prüfgremien zu einer zeitnahen Prüfung verpflichtet. Hierdurch wird die Transparenz und Signalwirkung der Prüfungen verbessert. Im Heilmittelbereich er-

streckt sich die Leistungserbringung über einen längeren Zeitraum, und die Abrechnungsdaten stehen erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung.

Außerdem wird neu geregelt, dass Arzneimittel, für deren Versorgung der Arzt einem Vertrag der Krankenkasse mit dem Hersteller beigetreten ist, nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind. Diese Regelung ist sachgerecht, da in der vertraglich vereinbarten Arzneimittelversorgung die Vertragsparteien die Wirtschaftlichkeit im Rahmen dieser Verträge gewährleisten können. Die Regelung ermöglicht es, dass die Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels unter Berücksichtigung des vertraglich vereinbarten Rabatts hinreichend differenziert berücksichtigt werden kann.

Die Zielgenauigkeit von Prüfungen wird verbessert, wenn als Zufälligkeitsprüfung eine Stichprobe der Leistungen von Ärzten gezogen werden, deren Verordnungsverhalten unabhängig von der Richtgröße Auffälligkeiten in bestimmten Anwendungsgebieten gegenüber der Fachgruppe ausweisen. Die im Rahmen einer Anwendungsbeobachtung verordneten Arzneimittel sind durch die Prüfungsstelle stichprobenartig zu prüfen, ob diese Verordnungen zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit die gesetzliche Vorgabe des Arzneimittelgesetzes eingehalten wird, dass durch die gezahlten Vergütungen an Ärzte für die Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen (§ 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes) kein Anreiz zur Verordnung eines Arzneimittels entsteht.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neufassung das Satzes 2 bewirkt eine Straffung des Prüfungsverfahrens, da die Prüfungsstelle (bisher: der Prüfungsausschuss) anders als bisher nicht mehr im Vorfeld über vom Arzt geltend gemachte Zweifel an der Richtigkeit der Daten entscheiden muss. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Ende des Verordnungsjahres durchzuführen sind. Die Neuregelung stellt klar, wie im Falle unvollständiger oder unrichtiger Datengrundlagen vorzugehen ist. Auf diese Weise wird eine darauf zurückzuführende Gefährdung der Durchführung einer Prüfung vermieden.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Buchstabe f

Zu den Doppelbuchstaben aa bis dd

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle sowie zur neuen Organisationsstruktur der Verbände.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Im Gegensatz zur bisherigen Organisation der Wirtschaftlichkeitsprüfung, bei der die Entscheidung in erster Instanz dem Prüfungsausschuss oblag und die Geschäftsstelle dabei unterstützend tätig war, sieht die Neuregelung vor, dass der bisherige ehrenamtlich besetzte Prüfungsausschuss entfällt und die Geschäftsstelle zur neuen Prüfungsstelle mit eigener Entscheidungskompetenz umgebildet wird. Die Unterstützung des weiterhin fortbestehenden Beschwerdeausschusses durch die neue Prüfungsstelle wird auf die rein organisatorischen Angelegenheiten beschränkt (keine Entscheidungsvorbereitung). Damit folgt die Neuregelung dem durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeleiteten Pfad der Professionalisierung und Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Prüfungsgremien. Auch die Abläufe können damit weiter entbürokratisiert und vereinfacht werden, insbesondere um teilweise entstandene Antrags- und Entscheidungsstaus zügig abzubauen. Der Beschwerdeausschuss bleibt ein ehrenamtlich besetztes Gremium, das über Widersprüche entscheidet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle und zur neuen Organisationsstruktur der Verbände.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aufgrund der Umbildung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zur neuen Prüfungsstelle ist es erforderlich, den Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidungshoheit über die Ausstattung der Prüfungsstelle zu übertragen und die Aufgaben des Leiters der Prüfungsstelle näher zu konkretisieren.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Aufhebung des Satzes 5 ist eine Folgeänderung, da der Regelungsinhalt in den neuen Satz 3 aufgenommen wird.

Zu Doppelbuchstabe ee

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe ff

Folgeregelung der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle mit der nunmehr der Prüfungsstelle obliegenden erstinstanzlichen Entscheidungskompetenz in Prüfungsangelegenheiten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen.

Zu den Doppelbuchstaben gg und hh

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu den Buchstaben h und i

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle. Anders als bisher ist aufgrund der Umbildung der Prüfungsgremien zur Straffung der Prüfungsverfahren die Möglichkeit der Übertragung der Unter-

stützungsaufgabe des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses an eine Geschäftsstelle, die in dem Bereich eines anderen Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung errichtet worden ist (bisher Absatz 2 Satz 2) oder an einen privaten Dritten (Absatz 4d), nicht mehr gegeben. Weiterhin besteht jedoch die Möglichkeit zur Bildung einer über den Bereich eines Landes hinaus tätigen gemeinsamen Prüfungsstelle oder eines gemeinsamen Beschwerdeausschusses (Absatz 4c Satz 1).

Zu Buchstabe j

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle und zur neuen Organisationsstruktur der Verbände.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der Ausschluss eines Vorverfahrens vor dem Beschwerdeausschuss in Prüfungssachen Verordnungen von Arzneimittel betreffend, die durch Gesetz oder die Richtlinien aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind, bewirkt, dass der Beschwerdeausschuss von einer Vielzahl gleichartig zu bearbeitender Einzelvorgänge entlastet wird. Der vergleichsweise leicht überprüfbare Sachverhalt, ob ein Arzneimittel grundsätzlich Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist, kann sachgerecht durch die Prüfungsstelle abschließend geklärt werden. Die direkte Klagemöglichkeit zum Sozialgericht mit aufschiebender Wirkung bleibt erhalten.

Zu Buchstabe k

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Neuregelungen erhöhen die Rechtssicherheit, stellen Einzelfallgerechtigkeit sicher, vereinfachen und beschleunigen das Verfahren. In der Prüfvereinbarung kann vorgesehen werden, dass bestimmte Arzneimittel, deren Anwendung aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise oder ihres besonderen Anwendungsgebiets in der Regel den Vorgaben der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit entspricht, pauschal als Praxisbesonderheiten anerkannt werden und deshalb bereits vorab von prüfungsrelevanten Verordnungskosten abgezogen werden. Dabei kann in der Prüfvereinbarung auch vorgesehen werden, dass in den Fällen, in denen begründeter Anlass zum Zweifel an der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung dieser Arzneimittel besteht, die Prüfgremien auch Verordnungen dieser Arzneimittel prüfen können.

Zu Buchstabe l

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle (erster Halbsatz).

Zuzahlungen der Versicherten sowie vereinbarte Herstellerrabatte sind zur Entlastung des Arztes bei der Festsetzung eines Regresses abzuziehen. Da die Höhe dieser Entlastungsbeträge nicht vom einzelnen Arzt verantwortet wird, sollen Zuzahlungsbefreiungen von Versicherten und Unterschiede beim Abschluss von Rabattverträgen zwischen den Krankenkassen keinen Einfluss auf die Höhe eines Regresses haben. Diese Beträge sind nicht arzt- bzw. versichertenbezogen, sondern als pauschalierter Abzugsbetrag zu berücksichtigen (zweiter Halbsatz).

Zu Buchstabe m

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Neuregelung wird erreicht, dass der Arzt einen Regress durch Einhaltung der Zielvorgaben der Arzneimittelvereinbarung ablösen kann. Dies setzt voraus, dass in der Zielvereinbarung konkrete Wirtschaftlichkeitsziele für bestimmte Gruppen von Arzneimitteln bestimmt sind. Die Neuregelung erleichtert die Ablösung von Regressen durch individuelle Richtgrößen.

Zu Buchstabe n

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Nummer 73 (§ 106a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In der vertragszahnärztlichen Versorgung sind in der Vergangenheit – anders als in der vertragsärztlichen Versorgung – systembedingte Probleme bei der Feststellbarkeit von Plausibilitäten/Unplausibilitäten des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragszahnarztes aufgetreten. Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde ermöglicht und gefördert, dass sich Versicherte für eine über die Regelversorgung hinausgehende medizinisch anerkannte prothetische Versorgungsform entscheiden, ohne ihren Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Folgerichtig werden die Mehrkosten für Zahnersatz, der über die Regelversorgung hinausgeht (insbesondere bei gleichartigen und andersartigen Leistungen), direkt zwischen Zahnarzt und Versicherten und nicht über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Dies gilt auch in den Fällen der Mehrkostenregelung bei Zahnfüllungen (§ 28 Abs. 2 Satz 2), in denen Versicherte Versorgungen (z. B. Inlays) wählen, die über die vertragszahnärztlichen Leistungen hinausgehen. Da weder bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen noch bei den Krankenkassen Daten über die privat erbrachten und abgerechneten Leistungen zusammenlaufen, fehlt für diesen nicht unbeachtlichen Teil der zahnärztlichen Tätigkeit eine belastbare Datengrundlage. Das bedeutet, dass weder für die Zeitvorgaben in den Richtlinien nach Absatz 6 noch für gesicherte Feststellungen von zeitlichen Unplausibilitäten im Rahmen der Abrechnungsprüfungen fundierte Grundlagen zur Verfügung stehen. Aus diesen Gründen werden die Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 bis 4 für die vertragszahnärztliche Versorgung aufgegeben.

Aufgrund der Aufgabe des Zeitkriteriums in Absatz 2 Satz 2 bis 4 für die vertragszahnärztliche Versorgung entfällt auch die Notwendigkeit, in den Vereinbarungen nach Absatz 5 auf Landesebene und nach Absatz 6 auf Bundesebene – die nach wie vor abzuschließen sind – Regelungen über zeitliche Unplausibilitäten und daraus folgende Sanktionen zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu den Buchstaben b und c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 74 (§ 109 Abs. 1 und 2)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 75 (§ 110 Abs. 1 Satz 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 76 (§ 111 Abs. 2, 3 und 4)

Zu den Buchstaben a, b und c

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 77 (§ 111a Abs. 2 Satz 2)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 78 (§ 111b)

Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Zu Nummer 79 (§ 112 Abs. 1)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 80 (§ 113 Abs. 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 81 (§ 114 Abs. 1 und 2)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 82 (§ 115 Abs. 1 und 5)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 83 (§ 115a Abs. 3)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 84 (§ 115b Abs. 1)

Zu Buchstabe a

Vor dem Hintergrund, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig auch für das ambulante Operieren die Qualitätsanforderungen festlegt, wird die entsprechende Regelungsverpflichtung für die Vertragsparteien gestrichen.

Zu Buchstabe b

Durch diese Änderung werden die Vertragspartner verpflichtet, die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren in die Vereinbarungen nach § 115b aufzunehmen.

Zu Nummer 85 (§ 116b)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu den Buchstaben b und c

Nach geltendem Recht können die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern diese Leistungen und diese Behandlung in dem Katalog nach § 116b Abs. 3 und 4 enthalten sind. Diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Krankenkassen bisher kaum genutzt. Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt nunmehr. Künftig ist ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet dazu bestimmt worden ist.

Einen derartigen Antrag unter Nennung der betreffenden Leistungen und Erkrankungen können alle zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhäuser (s. § 108 SGB V) stellen. Die Entscheidung fällt im Rahmen der Krankenhausplanung. Eignung für die ambulante Erbringung der im Katalog genannten Leistungen muss gegeben sein, was beispielsweise bei Krankenhäusern der Grundversorgung in der Regel nicht der Fall sein dürfte. Eine Bedarfsprüfung erfolgt nicht.

Entsprechend der Regelung in § 7 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hat das Land eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung im Land unmittelbar Beteiligten anzustreben. Einvernehmen anstreben ist eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als bloßes Anhören und mehr als Benehmen; es ist das ernsthafte Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen.

In Baden-Württemberg beispielsweise zählen zu den unmittelbar Beteiligten die Landeskrankenhausgesellschaft, die

Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, die Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, der Landkreistag, der Städtetag und der Gemeindetag. Wie die Zusammenarbeit und Abstimmung im Einzelnen erfolgt, ist Sache des Landes. Soweit ein ständiger Ausschuss eingerichtet ist, beispielsweise in Baden-Württemberg durch den Landeskrankenhausausschuss, in Bayern, Sachsen und Thüringen der Krankenhausplanungsausschuss, in Brandenburg die Landeskonferenz für Krankenhausplanung und in Rheinland-Pfalz der Ausschuss für Krankenhausplanung, wird sich eine Abstimmung in diesen Gremien empfehlen.

Auch hat das Land – wie bei der herkömmlichen Krankenhausplanung – das Letztentscheidungsrecht, soweit Einvernehmen über die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung nicht erzielt wird.

Alle auf diese Weise zugelassenen Krankenhäuser dürfen die § 116b-Katalog-Leistungen im zugelassenen Umfang zu Lasten der GKV grundsätzlich erbringen. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus im Einzelfall gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend (u. a. im Bereich der Qualitätssicherung).

Zu Buchstabe d

Die Ergänzung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für die Leistungen nach § 116b gesonderte Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung festlegt, die über die Qualitätssicherungsanforderungen an die vertragsärztliche Versorgung hinausgehen (siehe insoweit § 116b Abs. 3 Satz 2).

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Regelung in Buchstabe b.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelungen gewährleisten ein ordnungsgemäßes Abrechnungsverfahren zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern, die eine ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen bzw. eine Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durchführen möchten. Auf der Grundlage der Mitteilung der Krankenhäuser (Satz 3 neu) haben die Krankenkassen die Transparenz über den zu erwartenden Leistungsumfang. Zudem wird mit der vorgeschriebenen Bezeichnung der Leistungen auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen abgegrenzt und gleichzeitig sichergestellt, dass die Abrechung der Leistungen durch das Krankenhaus der Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht. Dies gilt insbesondere auch für die Abrechnungsvorgaben des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, wie z. B. Abrechnungsausschlüsse, Facharztkapitel und Qualitätsvorgaben. Das Krankenhaus hat nicht die Auswahl aus sämtlichen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Lediglich solche Positionen sind berechnungsfähig, die die ambulante Behandlung im hochspezialisierten Leistungsfall oder bei der Behandlung seltener Erkrankungen abbilden und die auch im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet worden wären.

Die Sätze 4 bis 7 geben für die Jahre 2007 und 2008 vor, wie die Höhe der Vergütung für die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser zu bemessen ist. Da das vertragsärztliche Vergütungssystem in diesem Zeitraum noch nicht auf eine Gebührenordnung mit festen Preisen umgestellt ist, wird als Vergütungspreis ein aus den rechnerischen kassenartenbezogenen Punktwerten zu ermittelnder Durchschnittspunktwert vorgegeben, den die Kassenärztliche Vereinigung in ihrem Bezirk, in dem auch das Krankenhaus seinen Standort hat, zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Auszahlung bringt. Damit wird gewährleistet, dass die Vergütung der ambulanten Leistungen des Krankenhauses der Vergütung der Vertragsärzte entspricht.

Zu Nummer 86 (§ 117)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 87 (§ 118 Abs. 2)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 88 (§ 120)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 89 (§ 123)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 90 (§ 124)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Neuregelung in Absatz 5 Satz 1. Die Vorschrift regelt die Fortgeltung bestehender Zulassungen, die nach dem bisherigen Recht von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden.

Zu Nummer 91 (§ 125)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen. Die Abgabe der gemeinsamen Rahmenempfehlungen über eine einheitliche Versorgung mit Heilmitteln ist auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übertragen, da es sich hierbei um eine wettbewerbsneutrale Aufgabe handelt, die kassenartenübergreifend einheitlich und gemeinsam wahrgenommen werden soll.

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung werden den Krankenkassen größere Vertragsfreiheiten eingeräumt, indem sie die Möglichkeit erhalten, neben oder anstelle von Verbandsverträgen Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen oder in Arbeitsgemeinschaften als Vertragspartner aufzutreten. Damit werden die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten weiter flexibilisiert und der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit deutlich gestärkt. Bei der Änderung in Satz 2 handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in Satz 1.

Zu Nummer 92 (§ 126)

Um den Vertrags- und Preiswettbewerb zu stärken, wird die Zulassung der Leistungserbringer, die bisher zur Versorgung der Versicherten berechtigte, aufgegeben und durch die neue Regelung in Absatz 1 ersetzt. Nach Satz 1 erfolgt die Versorgung nur noch durch Vertragspartner der Krankenkasse, so dass sich die an der Versorgung interessierten Leistungserbringer um vertragliche Beziehungen mit den Krankenkassen bemühen müssen. Auch bei diesem Regelungsansatz muss die grundsätzliche Eignung der Leistungserbringer für eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten gewährleistet sein. In Satz 2 werden daher die Anforderungen festgelegt, die seitens der Leistungserbringer als Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen und während der gesamten Vertragslaufzeit erfüllt werden müssen. Diese entsprechen weitgehend den bisherigen Zulassungsvoraussetzungen; das Kriterium der Wirtschaftlichkeit kann hier entfallen, da die Einzelheiten der Versorgung und die Preise Gegenstand der Verträge nach § 127 sind. Da eine Überprüfung der grundsätzlichen Eignung der Leistungserbringer in einem Zulassungsverfahren nicht mehr stattfindet, müssen die Krankenkassen durch eine Überprüfung vor Vertragsabschluss und geeignete vertragliche Regelungen sicherstellen, dass diese Anforderungen erfüllt sind. Satz 3 sieht zentrale Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2 vor, die grundsätzlich den bisherigen Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen entsprechen. Solche Empfehlungen werden weiterhin als erforderlich angesehen, da die gesetzlichen Vorgaben insoweit sehr allgemein gehalten und auslegungsbedürftig sind. Durch die Einbeziehung der Fortbildung wird die bisherige separate Regelung in § 139 Abs. 3 hinfällig.

Absatz 2 enthält Übergangsvorschriften für die bisherigen Zulassungsinhaber. Diesen muss die Möglichkeit gegeben werden, sich während einer angemessenen Übergangszeit auf die neuen Bedingungen einzustellen, soweit sie nicht ohnehin schon vertragliche Beziehungen zu den Krankenkassen unterhalten.

Absatz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 5. Dessen Satz 2 ist hinfällig geworden, da nach der Neufassung des § 127 Verträge zwischen Verbänden der Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern ohnehin möglich sind.

Zu Nummer 93 (§ 127)

Durch die in Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Ausschreibungen soll der Preiswettbewerb im Hilfsmittelbereich gefördert werden. Bei den Ausschreibungen sind die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden. In Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 sieht die Regelung vor, dass dieses Instrument von den Krankenkassen vorrangig einzusetzen ist. Der Hinweis auf die Qualität der Versorgung in Satz 1 und die Regelung in Satz 2, die zur Beachtung der im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte verpflichtet, sollen ausschließen, dass Preisvorteile zu Lasten der Versorgungsqualität gehen.

Für den Fall, dass Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind, sieht Absatz 2 Satz 1 den Abschluss von Rahmenverträgen über die Versorgung vor. Diese Verträge entsprechen grundsätzlich den Verträgen gemäß den Absätzen 1 und 2 des bisherigen § 127. Die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten werden dahingehend erweitert und weiter flexibilisiert, dass Krankenkassen und Organisationen der Krankenkassen in jeder möglichen Konstellation mit einzelnen Leistungserbringern und Organisationen der Leistungserbringer Verträge schließen können. Durch die ausdrückliche Erwähnung der Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen und der Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer im Zusammenhang mit den Vertragsinhalten und die in Satz 2 geregelte entsprechende Geltung der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 2 wird auch hier die Versorgungsqualität gesichert. Vor dem Hintergrund der Neuregelung in § 126 Abs. 1 Satz 1 muss auch bei Verträgen nach § 127 Abs. 2 ein ausreichendes Maß an Öffentlichkeit gewährleistet sein, damit interessierte Leistungserbringer sich in die Verhandlungen einbringen können. Dem trägt die Regelung in Absatz 2 Satz 3 Rechnung.

Da nicht für alle Hilfsmittel, die für die Versorgung der Versicherten erforderlich sein können, Verträge mit Leistungserbringern bestehen werden und eine Versorgung durch Vertragspartner nach Absatz 1 oder 2 in Einzelfällen auch unzumutbar sein kann, sieht Absatz 3 Satz 1 für diese Fälle Einzelvereinbarungen der Krankenkassen mit einem Leistungserbringer vor. Diese werden in der Regel auf der Grundlage eines Kostenvoranschlages erfolgen. Nach Satz 2 kann die Krankenkasse auch bei anderen Leistungserbringern einen Kostenvoranschlag einholen und die Vereinbarung dann mit dem preisgünstigsten Anbieter schließen. Die für die Einholung von Preisangeboten zu übermittelnden Sozialdaten sind zu pseudonymisieren, um dem Datenschutz Rechnung zu tragen. Nach Satz 3 sind auch in den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und § 33 Abs. 6 Satz 3 Einzelvereinbarungen zu treffen, wobei die Krankenkasse hier nur die für eine das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Versorgung (in den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5) oder die auf der Grundlage einer Ausschreibung vertraglich vereinbarten Preise (in den Fällen des § 33 Abs. 6 Satz 3) zu übernehmen hat.

Die Regelung in Absatz 4 stellt klar, dass Festbeträge grundsätzlich die Obergrenze für die vertraglich zu vereinbarenden Preise darstellen, lässt gleichzeitig aber auch die Vereinbarung von Preisen unterhalb der Festbeträge zu.

Mit der ausdrücklichen Verpflichtung der Krankenkassen in Absatz 5 Satz 1 zur Information der Versicherten über Vertragspartner und Vertragsinhalte werden die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Souveränität der Versicherten gestärkt. Satz 2 ermöglicht auch eine entsprechende Information der Vertragsärzte, damit diese gegebenenfalls auch ihren Patienten zweckdienliche Auskünfte und Hinweise geben können.

Zu Nummer 94 (§ 128)

Durch die Zusammenfassung der das Hilfsmittelverzeichnis und die Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln betreffenden Vorschriften in dem neu gefassten § 139 ist § 128 hinfällig geworden.

Zu Nummer 95 (§ 129)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Änderung der Arzneimittelpreisverordnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Änderung unter Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Neuregelung wird der Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien für die Vereinbarung von Regelungen zur Abgabe wirkstoffgleicher Arzneimittel (aut-idem) ausgeweitet. Grundsätzlich soll die Apotheke bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln eine Ersetzung durch Präparate vornehmen, für die Vereinbarungen über Preisnachlässe auf den Abgabepreis mit dem pharmazeutischen Unternehmer nach § 130a Abs. 8 gelten. Damit wird die Wirksamkeit solcher Vereinbarungen verbessert. Durch eine Öffnungsklausel erhalten die Vertragsparteien auf Landesebene zudem die Möglichkeit, hierzu ergänzend oder hiervon abweichend andere Regelungen zur Aut-idem-Substitution zu vereinbaren. Für den Fall, dass die vorgenannten Vereinbarungen nicht getroffen worden sind, kann die bisherige Regelung im Rahmenvertrag weiterhin gelten. Die derzeit gültige Vereinbarung sieht vor, dass die Apotheke die Ersetzung durch eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel vornehmen kann.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung erhält eine Apotheke die Möglichkeit, die auf Landesebene vereinbarten Preise für Arzneimittel, die nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen, sowie die auf Bundesebene vereinbarten Höchstpreise für Rezepturarzneimittel bei Abrechnung mit einer Krankenkasse zu unterschreiten. Apotheken können mit Krankenkassen die Versorgung von Arztpraxen mit Arzneimitteln vereinbaren, soweit eine Direktlieferung an Arztpraxen nach den geltenden Vorschriften des Arzneimittelgesetzes vorgesehen ist. Für Arzneimittel, bei denen nach dem Arzneimittelgesetz eine Ausnahme vom Vertriebsweg Apotheke gilt, wie z. B. für bestimmte Impfstoffe oder Blutprodukte, kann die Krankenkasse die Direktlieferung an den Arzt auch mit dem pharmazeutischen Unternehmer oder einem Großhändler vereinbaren. Eine Bindung von Versicherten an eine Apotheke außerhalb von vertraglich vereinbarten Versorgungsformen erfolgt gemäß § 11 Abs. 1 ApoG nicht. Das Recht der Versicherten zur freien Wahl der Apotheke bleibt erhalten. Zudem erhalten die Vertragsparteien auf Landesebene auch die Möglichkeit, von den auf Bundesebene vereinbarten Regelungen für die Abgabe preisgünstiger, wirkstoffgleicher Arzneimittel durch Vereinbarungen abzuweichen, die zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.

Zu Buchstabe d

Durch die Regelung erhalten die Apotheken die Möglichkeit, bei der Abrechnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit Krankenkassen den Listenpreis zu unterschreiten.

Zu Buchstabe e

Folgeregelung zur Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise. Durch die Neuregelung des Absatzes 5c erhalten Apotheken die Möglichkeit, Versicherten bei der Abgabe von Arzneimitteln die Zuzahlung und die Eigenanteile teilweise zu erlassen. Ein vollständiger Verzicht auf die Erhebung der Zuzahlung wird ausgeschlossen, um den Erhalt der Steuerungswirkung der Zuzahlungen zu gewährleisten sowie Dumping bei der Vergütung der pharmazeutischen Dienstleistung auszuschließen.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe g

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 96 (§ 130)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Umstellung der Preisregelung für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel auf Höchstpreise. Apotheken erhalten die Möglichkeit, bei der Abrechnung mit der Krankenkasse auf Teile ihrer Marge zu verzichten. Ein vollständiger Verzicht auf die Marge ist unzulässiges Dumping und wird ausgeschlossen. Der Apothekenrabatt in Höhe von 5 Prozent wird auf der Grundlage dieses Höchstpreises berechnet. Hierdurch wird eine aufwändige Berücksichtigung von abweichenden Preisvereinbarungen vermieden. Für den Fall, dass für nicht rezeptpflichtige Fertigarzneimittel Preise unterhalb der Höchstpreise vereinbart werden, kann bei der Preisvereinbarung der gesetzliche Rabatt der Apotheken aufgrund dieser Vorschrift berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung begründet einen Verhandlungsauftrag an die Selbstverwaltung zur Anpassung des Apothekenrabatts ab dem Jahre 2009. Die Selbstverwaltung hatte vereinbart, eine vertragliche Anpassung in den Jahren bis einschließlich 2008 auszusetzen.

Bei der Vereinbarung im Jahre 2009 soll insbesondere einmalig berücksichtigt werden, ob die Apotheken durch Vereinbarungen nach § 129 sowie nach § 130a Abs. 8 eine Einsparung von mindestens 500 Mio. Euro erreicht haben, wodurch eine angemessene Beteiligung der Apotheken an den Einsparungen in der Arzneimittelversorgung erzielt werden soll. Dies ist ein Anreiz insbesondere für die maßgeblichen Verbände der Apotheken, die neuen Vertragsmöglichkeiten, die für die Apotheken durch dieses Gesetz vorgesehen werden, konsequent zu nutzen. Da Apotheken Rabattverträge mit Herstellern nach § 130a Abs. 8 in eigener Initiative nur für eine Krankenkasse abschließen dürfen, die keinen entsprechenden Vertrag hat, ist es sachgerecht, zusätzlich zu den Einsparungen aus den Verträgen der Apotheken auch die Einsparungen aus den Verträgen der Krankenkassen zu berücksichtigen. Das Einsparziel von 500 Mio. Euro ist somit realisierbar, auch vor dem Hintergrund des erheblichen Volumens des Arzneimittelmarktes; allein das Marktvolumen von patentfreien wirkstoffgleichen Arzneimitteln, Sprechstundenbedarfsarzneimitteln und Rezepturen erreicht rd. 13 Mrd. Euro pro Jahr.

Dieses Einsparziel ist für die Apotheken auch deshalb zumutbar, weil die Höhe der Handelszuschläge der Apotheken im Verhältnis zum Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmer nach zuletzt vorliegenden Zahlen für das Jahr 2004 auf Platz vier im europäischen Vergleich und damit vergleichsweise hoch ist und dies die Erwartung rechtfertigt, dass insbesondere die Verbände der Apotheken einen wirkungsvollen Einsatz für die Nutzung neuer vertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten zeigen.

Außerdem soll bei der Vereinbarung für das Jahr 2009 auch die Entwicklung der Leistungen sowie der Vergütungen der Apotheken in den Jahren 2006 bis 2008 berücksichtigt werden. Zur Ausweitung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Apotheken vgl. die Begründung zu § 130a Abs. 8.

Zu Nummer 97 (§ 130a)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung an die Begrifflichkeiten des Arzneimittelgesetzes bzw. der Arzneimittelpreisverordnung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung an die Begrifflichkeiten des Arzneimittelgesetzes bzw. der Arzneimittelpreisverordnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu den Buchstaben c bis h

Redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung an die Begrifflichkeiten des Arzneimittelgesetzes bzw. der Arzneimittelpreisverordnung.

Zu Buchstabe i

Die Neuregelung stärkt das Vertragsprinzip in der Arzneimittelversorgung. Bereits nach geltendem Recht können die Krankenkassen Preisnachlässe (Rabatte) mit dem pharmazeutischen Unternehmer auf den Abgabepreis seines Arzneimittels vereinbaren. Die Rahmenbedingungen für entsprechende Vereinbarungen werden verbessert. Die Möglichkeiten für Apotheken zur Teilnahme an diesen Verträgen werden ausgeweitet. Es werden Anreize geschaffen, damit diese Arzneimittel bei der Versorgung bevorzugt berücksichtigt werden. Damit soll vorrangig der Wettbewerb um günstige Preise der pharmazeutischen Unternehmer gestärkt werden. Die Einsparungen erhalten die Krankenkassen.

Die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten für die Regelung der Abgabe wirkstoffgleicher Arzneimittel werden flexibilisiert. Zudem können Apotheken sowohl gegenüber ihren Kundinnen und Kunden als auch gegenüber den Krankenkassen freiwillig auf Teile ihres Höchstzuschlags verzichten (vgl. die Regelungen in § 129 Abs. 1, 5 und 5c). Für die Versicherten bleibt die freie Wahl der Apotheke erhalten.

Die stärkere Beteiligung der Apotheken wird durch folgende Neuregelungen erreicht:

– Durch die Ergänzung der Vorschrift dieses Absatzes 8 erhalten die Apotheken die Möglichkeit, in eigener Initiative mit pharmazeutischen Unternehmern niedrigere Preise als die einheitlichen Listenpreise dieser pharmazeutischen Unternehmer in Form von Rabatten auf diese Preise zu vereinbaren, soweit die Krankenkasse diese Möglichkeit nicht nutzt. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass daraus resultierende Preisvorteile in angemessener Höhe an die Versicherten bzw. Krankenkassen weitergegeben werden, sodass entsprechende Einsparungen den Kostenträgern zugute kommen.
– Durch die Änderung der Regelungen in § 129 Abs. 1 und 5 wird vorgesehen, dass die Apotheken bei der Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel diejenigen Arzneimittel bevorzugt abgeben sollen, für die entsprechende preisbezogene Rabattvereinbarungen bestehen. Außerdem werden die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragsparteien für die Ausgestaltung der Regelungen zur Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel ausgeweitet, indem es auch möglich wird, dass die Apotheken mit den Krankenkassen einen Festpreis für die Abgabe bzw. Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel vereinbaren, durch welchen die Krankenkassen zusätzliche Einsparungen realisieren und die Apotheken mehr Flexibilität bei der Präparateauswahl erhalten.
– Zielvorgabe ist, dass die Apotheken die verbesserten Rahmenbedingungen für Verträge zur Abgabe wirkstoffgleicher Arzneimittel nutzen, um hierdurch ein Einsparvolumen von mindestens 500 Mio. Euro zu realisieren. Damit erbringen die Apotheken einen Einsparbeitrag zu den Arzneimittelkosten. Eine entsprechende Vorgabe ist in der Änderung zu § 130 Abs. 1 vorgesehen. Das Einsparziel entspricht einem Anteil von etwa 5 Prozent des Umsatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung mit patentfreien, wirkstoffgleichen Arzneimitteln und erscheint somit realisierbar. Wird dieses Ziel nicht erreicht, ist es Aufgabe der Parteien des Rahmenvertrages auf Bundesebene, den Apothekenrabatt entsprechend anzupassen.

– Außerdem erhalten die Apotheken die Möglichkeit, ihre Position gegenüber ihren Kunden auch durch Nachlässe auf die höchstzulässigen Handelzuschläge zu verbessern. Insbesondere können die Apotheken bei der Abgabe an Endverbraucher auch auf die Berechnung von Zuzahlungen teilweise verzichten. Dies bleibt für die Kostenträger finanzneutral. Damit werden insbesondere auch die Wettbewerbsbedingungen in- und ausländischer Versandapotheken harmonisiert.

Die Wirksamkeit von Vereinbarungen mit dem pharmazeutischen Unternehmer über Preisnachlässe (Rabatte) auf die Abgabepreise seiner Arzneimittel wird durch folgende Regelungen verbessert: Ärztinnen und Ärzte erhalten Anreize, bevorzugt Arzneimittel zu berücksichtigen, für die entsprechende Vereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmern bestehen. In den Regelungen zu den §§ 84 und 106 ist vorgesehen, dass Arztpraxen im Falle einer bevorzugten Berücksichtigung dieser Arzneimittel von den Richtgrößenprüfungen und von der Bonus-Malus-Regelung für diese Arzneimittel freigestellt sind. Jede Arztpraxis kann über ihre Teilnahme selbst entscheiden. Die Therapiefreiheit des Arztes bleibt somit gewahrt. Krankenkassen können die Zuzahlung der Versicherten für Arzneimittel, für die eine Vereinbarung über Preisnachlässe mit dem pharmazeutischen Unternehmer besteht, um die Hälfte ermäßigen oder erlassen.

Bei den Ausschreibungen für die Verträge mit pharmazeutischen Unternehmern über Preisnachlässe (Rabatte) auf ihre Produkte sind die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden. Die für Deutschland nicht zugelassenen Arzneimittel stehen für die Versorgung im Inland nicht zur Verfügung und können daher nicht an der Ausschreibung teilnehmen.

Zu Nummer 98 (§ 131)

Zu den Buchstaben a bis c

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 99 (§ 132a)

Im Rahmen der Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen wird auf eine gemeinsame Empfehlung über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege verzichtet.

Zu Nummer 100 (§ 132b)

Im Rahmen der Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen wird auf eine einheitliche Empfehlung zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie verzichtet.

Zu Nummer 101 (§ 132c)

Im Rahmen der Verschlankung der Aufgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen wird auf eine bundeseinheitliche Empfehlung über die Anforderung an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen verzichtet.

Zu Nummer 102 (§ 132d)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Erbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage von Verträgen von Krankenkassen mit Leistungserbringern (Palliative-Care-Teams). Diese Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, weil es sich um eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich von Koordinierungsanteilen handelt, die über Leistungsart und -umfang der vertragsärztlichen Versorgung hinausgeht. Diese Leistung ist bisher in dieser Weise nicht erbracht und vergütet worden. Dies gilt auch für den ärztlichen Leistungsanteil, der in dieser spezifischen Weise nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und damit auch nicht von der Gesamtvergütung erfasst wurde. Demzufolge ist auch die Gesamtvergütung nicht um die Kosten für den ärztlichen Leistungsanteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu bereinigen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung steht den Versicherten zu, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Palliativpatienten, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiterhin im Rahmen der derzeitigen Strukturen insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt.

Voraussetzung für einen Vertragsschluss ist, dass die Einrichtungen oder Personen die ärztlichen und pflegerischen Leistungsinhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeben können (vgl. zum Leistungsinhalt im Einzelnen § 37b). Um an bereits bestehende Strukturen anzuknüpfen, können alle bereits existierenden Leistungserbringer (z. B. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI) in diesem neuen Leistungssegment tätig werden, wenn sie die Anforderungen an die Leistungserbringung durch entsprechende vertragliche Regelungen erfüllen (z. B. Vertragsarzt oder Krankenhaus kooperiert mit qualifiziertem Pflegedienst und bietet als Versorgungsverbund die Leistung an). Die Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind, ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht somit nicht. Die vertraglich gebundenen Leistungserbringer haben primär die Aufgabe, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu erbringen. Sie können jedoch auch für andere im Bereich der Palliativmedizin tätige Leistungserbringer (Vertragsärzte, häusliche Pflegedienste, Krankenhäuser etc.) beratend tätig werden und tragen somit insgesamt zur Qualitätssteigerung der palliativmedizinischen Versorgung bei.

Zu Absatz 2

Das Verfahren gewährleistet bundesweit einheitliche Anforderungen an die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie einheitliche Vorgaben an die Qualitätssicherung. Zudem trägt das Verfahren zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung bei. Die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und weitere Partner haben in Nordrhein-

Westfalen ein „Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW“ vereinbart. In diesem Programm wird bei einer Teamgröße von 8 Vollzeitkräften ein Bedarf von einem Versorgungsteam auf ca. 250 000 Versicherte angenommen. Diese Größenordnung kann als Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgung angesehen werden.

Zu Nummer 103 (§ 133)

Zu Buchstabe a

Bei der aufgehobenen Regelung handelte es sich um eine Preiszuwachsgrenze für das Jahr 1999, die ab dem Jahr 2000 durch § 71 abgelöst wurde, trotz Zeitablauf aber im Gesetz verblieben war.

Zu Buchstabe b

Um einem überproportionalen Ausgabenanstieg im Bereich der Fahrkosten entgegenzuwirken, wird mit der Neuregelung die Leistungspflicht der Krankenkassen gegenüber den vertraglich vereinbarten oder durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegten Entgelten um 3 v. H. reduziert. Soweit die durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegten Benutzungsentgelte die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigen, ist der Differenzbetrag gegebenenfalls von den Versicherten zu tragen.

Zu Nummer 104 (§ 134a)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung der Vorschrift verpflichtet die Vertragspartner, in den Verträgen nach Absatz 1 für ambulante Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen wie z. B. Geburtshäusern auch Regelungen über eine Pauschale zu den Betriebskosten dieser Einrichtungen zu vereinbaren, wobei maßgeblicher Vertragspartner für diesen Bereich das Netzwerk der Geburtshäuser ist. Die Regelung beseitigt Rechtsunsicherheiten in Bezug auf die Übernahme von Betriebskosten, indem sie die nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 21. Februar 2006 hierfür erforderliche Rechtsgrundlage schafft. Vertraglich festzulegen sind zudem auch Anforderungen an die Qualitätssicherung in den von Hebammen geleiteten Einrichtungen. Es ist davon auszugehen, dass die Regelung zur Übernahme von Betriebskosten bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen nicht zu nennenswerten finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen führt.

Zu den Buchstaben b und c

Die Vorschriften beinhalten redaktionelle Folgeänderungen im Hinblick auf die Regelung zu Buchstabe a (Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1).

Zu Nummer 105 (§ 135)

Die Ergänzungen in Absatz 1 zielen insgesamt auf eine zügigere Prüfung und Entscheidung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Gemeinsamen Bundesausschuss ab. Durch die neuen Regelungen soll die zeitnahe Aufnahme von Innovationen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützt und gleichzeitig der frühzeitige Ausschluss von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 keinen diagnostischen und therapeutischen Nutzen besitzen, medizinisch nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, gewährleistet werden.

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung in Absatz 1 Satz 1 der Vorschrift erhalten der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses das Recht, einen Antrag auf die Einleitung eines Prüfverfahrens für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu stellen. Das Initiativrecht der Unparteiischen stärkt deren Stellung im Gemeinsamen Bundesausschuss und trägt der Tatsache Rechnung, dass in der Vergangenheit Anträge vor dem Hintergrund von Interessenkonflikten der Gemeinsamen Selbstverwaltung vielfach verspätet oder sogar gar nicht gestellt wurden. Durch das Antragsrecht der Unparteiischen ist gewährleistet, dass das Prüfverfahren nunmehr unabhängig von der Interessenlage bei den betroffenen Selbstverwaltungen eingeleitet werden kann.

Zu Buchstabe b

Satz 4 gibt den Antragsberechtigten nach Absatz 1 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die sich unangemessen lange hinziehen, zu beschleunigen. Durch die neue Regelung wird ein Instrument eingeführt, welches von den antragsberechtigten Institutionen sowie vom Bundesministerium für Gesundheit in einer solchen Situation genutzt werden kann, um auf einen Abschluss des Bewertungsprozesses hinzuwirken. Die Frist des ersten Halbsatzes beginnt dabei erst zu laufen, wenn dem Gemeinsamen Bundesausschuss die für die Entscheidung erforderlichen Auswertungen der wissenschaftlichen Erkenntnisse wie z. B. Berichte und Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder Gutachten sonstiger externer Sachverständiger vorliegen. Das Verlangen nach Satz 4 zweiter Halbsatz nach einer Beschlussfassung innerhalb der nächsten sechs Monate ist an den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses zu richten. Durch die Regelung in Satz 5 wird der Druck auf die Herbeiführung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses verstärkt, indem an den Ablauf der vorgebenden Frist die Folge geknüpft wird, dass die Methode danach auch ohne eine Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann. Satz 5 stellt mit seiner Rechtsfolge eine Sonderregelung für das Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dar; die Regelung nach § 94 Abs. 1 Satz 5 bleibt unberührt.

Zu Nummer 106 (§ 135a)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aus der Streichung der §§ 136a und 136b sowie der Neufassung des § 137.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt klar, dass die Leistungserbringer verpflichtet sind, die auf der Grundlage des § 137a durch die un-

abhängige Institution entwickelten Indikatoren und Instrumente sowie die Dokumentationsvorgaben anzuwenden. Dies ermöglicht eine einheitliche Messung der Qualität in der Versorgung.

Zu Buchstabe c

Durch die Ergänzung wird verdeutlicht, dass die Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren und zugelassenen Krankenhäuser dazu verpflichtet sind, die erforderlichen Daten zur Durchführung der vergleichenden Qualitätssicherung an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Institution nach § 137a zu übersenden. Der Umfang der zu übersendenden Daten richtet sich nach den von dieser Institution unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit bestimmten Dokumentationsanforderungen.

Zu Nummer 107 (§ 136)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Bestimmung der Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung und der Festlegung der Auswahl, des Umfangs und des Verfahrens der Stichprobenprüfungen die Arbeitsergebnisse des unabhängigen Instituts nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu beachten hat.

Zu Buchstabe b

Der im bisherigen Satz 3 enthaltene Hinweis auf die entsprechende Geltung des Satzes 2 für den vertragszahnärztlichen Bereich kann entfallen, da bereits durch die Regelung in § 72 Abs. 1 Satz 2 bestimmt ist, dass die Vorschrift des § 136 insgesamt für die vertragszahnärztliche Versorgung entsprechend gilt. Die Aufhebung des Satzes 3 beinhaltet daher keine materielle Änderung des geltenden Rechts.

Zu Nummer 108 (§ 136a)

Folgeänderung aus der Neufassung des § 137, die zum Ziel hat, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und auch sektorenübergreifend festgelegt werden.

Zu Nummer 109 (§ 136b)

Folgeänderung aus der Neufassung des § 137, die zum Ziel hat, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und auch sektorenübergreifend festgelegt werden. Die Bestimmungen zu Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz (bisheriger Absatz 2 des § 136b) wurden in § 137 Abs. 4 aufgenommen.

Zu Nummer 110 (§ 137)

Durch die Regelung in Absatz 1 werden die bisher in unterschiedlichen Vorschriften bestimmten Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung für die vertragsärztliche und -zahnärztliche Versorgung sowie die Krankenhausversorgung zusammengefasst. Gleichzeitig erhält der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals die Aufgabe, die Qualitätsanforderungen für das ambulante Operieren und für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen festzulegen. Mit dieser Vorgabe wird das Ziel verfolgt, die Qualitätssicherung – soweit wie möglich – sektorenübergreifend zu fassen und die Qualitätssicherungsinstrumente effizient zu nutzen. Ziel dieser Regelung ist auch, die Anforderungen an die Qualitätssicherung möglichst einheitlich und stringent zu gestalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist nach Nummer 1 einerseits dazu verpflichtet, die für die Leistungserbringer anzuwendenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung festzulegen. Der Verweis auf die Regelungstatbestände des § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 verdeutlicht, dass zur Durchführung der vergleichenden Qualitätssicherung die von dieser Institution erarbeiteten Indikatoren und Instrumente sowie Dokumentationsanforderungen den Qualitätsvorgaben zugrunde zu legen sind. Andererseits hat er nach Nummer 1 auch die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement festzulegen. Diese Regelungen haben sich – wie bisher auch – auf grundlegende Mindestanforderungen zu beschränken, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den spezifischen Gegebenheiten und Bedingungen der einzelnen Einrichtungen bestimmt wird. Die Regelungen nach Nummer 2 entsprechen für die Vertragsärzte und Krankenhäuser dem bisher geltenden Recht. Neu findet diese Regelung nun Anwendung auf das ambulante Operieren nach § 115b und die ambulante Erbringung von Leistungen nach § 116b Abs. 2 bis 5. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird dazu verpflichtet, die Anforderungen festzulegen, an denen die Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Behandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu bemessen ist. Darüber hinaus ist es unverändert erforderlich, den Einsatz aufwändiger medizinischer Technik an bundesweit einheitliche Qualitätskriterien zu binden. Satz 2 stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch ermächtigt ist, Regelungen zur Durchführung der nach den Nummern 1 und 2 beschlossenen Richtlinien zu erlassen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die bisher nur für zugelassene Krankenhäuser geltende Regelung, nach der Vergütungsabschläge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen sind, auf alle Leistungserbringer, für die der Gemeinsame Bundesausschuss die Qualitätssicherungsanforderungen festlegt, auszudehnen ist. Neben der Festlegung von Vergütungsabschlägen kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch andere Maßnahmen zur Durchsetzung der Qualitätsvorgaben bestimmen, sofern die Leistungserbringer die festgelegten Anforderungen nicht erfüllen. Dies kann beispielsweise die Einladung zu bestimmten Kolloquien oder Praxisbegehungen beinhalten.

Absatz 2 verdeutlicht, dass grundsätzlich sektorenübergreifende Regelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffen sind. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine sektorenbezogene Betrachtung in der Regel nicht ausreicht, um insbesondere die Ergebnisqualität der Behandlung sachgerecht bewerten zu können. Gerade vor dem Hintergrund einer immer kürzer werdenden Verweildauer in den Krankenhäusern ist es erforderlich, die Behandlungsergebnisse bei einer sich ggf. anschließenden Versorgung bewerten zu müssen. Hinzu kommt, dass es verstärkt erforderlich sein wird, beispielsweise indikationsbezogen Behandlungsverläufe zu dokumentieren und zu bewerten, um eine sachgerechte Beurteilung der Qualität zu ermöglichen. Nur in

den Fällen, in denen solche Regelungen nicht sinnvoll oder praktikabel erscheinen, sollten noch sektorenbezogene Anforderungen an die Qualitätssicherung festgelegt werden. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die über die Qualitätssicherungsanforderungen nach Absatz 1 hinausgehenden Anforderungen an die Qualitätssicherung der Krankenhäuser und die zahnärztliche Versorgung weiterhin Geltung haben.

Absatz 3 bestimmt den zusätzlich für die zugelassenen Krankenhäuser festzulegenden spezifischen Regelungsumfang und entspricht weitestgehend dem bisherigen Recht. Nach Nummer 1 wird unverändert bestimmt, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen wird, Anforderungen zur Erfüllung der Fortbildungspflichten der im Krankenhaus tätigen Fachärzte festzulegen. Dabei handelt es sich nicht um die Vorgabe von Fortbildungsinhalten für die jeweiligen Fachgebiete. Diese ergeben sich weiterhin aus den berufsrechtlichen Vorgaben. Die Vereinbarungen sollen vielmehr insbesondere Vorgaben zum Nachweisverfahren der Fortbildungsverpflichtungen enthalten. Dies soll dem Umstand Rechnung tragen, dass auch die von den Krankenhausärzten zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit nachgewiesene Facharztqualifikation stets dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu entsprechen hat. Nach Nummer 2 wird der Gemeinsame Bundesausschuss wie bisher auch dazu beauftragt, einen Katalog der planbaren Leistungen zu erstellen, bei denen in besonderem Maße ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Eingriffe und der Qualität der Leistungen besteht. Für diese Leistungen soll die erforderliche Mindestanzahl je Arzt oder Krankenhaus festgelegt werden. Nummer 3 regelt wie bisher auch, dass Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen bestimmt werden sollen, mit denen die Notwendigkeit dieser Maßnahmen hinterfragt werden soll. Die Regelung nach Nummer 4, nach der Inhalt und Umfang eines Qualitätsberichtes für Krankenhäuser festzulegen ist, bleibt unverändert. Danach müssen die Berichte Aussagen über die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der Mindestmengenregelung enthalten. Der bisherige Regelungsumfang wird jedoch dadurch erweitert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zusätzlich dazu verpflichtet wird, einen einheitlichen und gemeinsam abgestimmten Datensatz zu vereinbaren, mit dem die Informationen des Krankenhauses umfassend und vollständig, z. B. einschließlich erläuternder Anmerkungen des Krankenhauses, enthalten sind. Diese Regelung ist erforderlich, da die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, dass ohne einheitliche Vorgaben aufwändige und kostenträchtige Nacherfassungen, z. T. manuell, notwendig wurden. Ein standardisiertes Datensatzformat ermöglicht es, die Daten insbesondere für die Patientinnen und Patienten für die vergleichende Qualitätsdarstellung der Krankenhäuser verfügbar zu machen und trägt daher maßgeblich zur Stärkung der Qualitätstransparenz bei. Darüber hinaus wird nach Satz 2 klargestellt, dass bei Unterschreitung der Mindestmengenvorgaben die Leistungen nicht erbracht werden dürfen. Ausnahmetatbestände können von der jeweiligen Landesbehörde bestimmt werden, sofern die Anwendung der Mindestmengenregelung dazu führen könnte, dass die flächendeckende Versorgung gefährdet würde. Unverändert ist nach Satz 4 vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser auf der Basis der Qualitätsberichte informieren sollen. Die in Satz 5 geregelte Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen für Pflegeberufe sichert weiterhin die bereits bestehende Beteiligung dieser Organisationen an der Erarbeitung der Qualitätsvorgaben. Satz 6 stellt wie bisher auch sicher, dass die Beschlüsse zu den Anforderungen an die Qualitätssicherung unmittelbare Verbindlichkeit für die Krankenhäuser haben. Die in Satz 7 vorgenommene Regelung, dass ergänzende Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig bleiben, stellt klar, dass die bundesgesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung nicht abschließend sein müssen. Die Landesplanungsbehörde kann darüber hinaus bestimmte Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung vorgeben. Beispielsweise könnte sie für bestimmte Krankenhausleistungen Merkmale insbesondere zur Strukturqualität (z. B. Mindestbehandlungszahlen oder Mindestgeburtenzahlen) als Voraussetzung für die Ausweisung im Plan festlegen.

Absatz 4 bestimmt den zusätzlich für die zahnärztliche Versorgung festzulegenden spezifischen Regelungsumfang und entspricht dem bisherigen Recht (§ 136b Abs. 2).

Zu Nummer 111 (§ 137a)

Durch die Vorschrift wird der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, eine Institution mit der Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie mit der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsbemühungen zu beauftragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, die Anforderungen an die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und akutstationären Bereich, beim ambulanten Operieren sowie für die ambulante Erbringung bei den hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen festzulegen und Empfehlungen an die Qualitätssicherung bei den strukturierten Behandlungsprogrammen zu erarbeiten. Demgegenüber wird es einer stärker wissenschaftlich ausgerichteten Institution übertragen, die Normen und Werkzeuge für die Qualitätsmessung (möglichst sektorenübergreifend) zu entwickeln und die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gestalten, durchzuführen, auszuwerten und die Einrichtungen über die Ergebnisse zu informieren. Um die Transparenz über die Versorgungsqualität sowie das Informationsbedürfnis und das Selbstbestimmungsrecht der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, ist es sinnvoll, dass diese Institution auch Informationen über die Ergebnisse der Qualitätssicherung und die Versorgungsqualität allen Interessierten zur Verfügung stellt.

Die Vorschrift in Absatz 1 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, nach einer öffentlichen Ausschreibung eine Institution auszuwählen und sie damit zu beauftragen, für die Messung und Darstellung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland die geeigneten Instrumente und Verfahren zu entwickeln. Um im Interesse der Versicherten ein Höchstmaß an Bearbeitungsqualität, Verfahrensstabilität und fachlich methodischer Nachhaltigkeit sicherzustellen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss als öffentlicher Auftraggeber insbesondere eine angemessene Auftragsdauer,

die nicht zu knapp bemessen sein darf, bei der Vergabe des Auftrages festzulegen. Es darf nur eine solche Institution beauftragt werden, die fachlich unabhängig ist. Dies ist insbesondere dann eine Institution, wenn sie vollständige organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit besitzt und frei von Interessenkollisionen handelt und keinem Weisungsrecht unterliegt. Gleichzeitig muss sie über die erforderliche medizinisch-pflegerische, methodische, statistisch-biometrische und informationstechnische Kompetenz verfügen. Vor dem Hintergrund, dass die Qualität der Versorgung nur dann vergleichbar ist, wenn überwiegend einheitliche Maßstäbe der Bewertung angelegt werden, hat die Institution möglichst sektorenübergreifende Vorgaben für das ambulante Operieren, die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Vertragsärzte und Krankenhäuser, die vertrags- und vertragszahnärztliche sowie die stationäre Versorgung sowie die strukturierten Behandlungsprogramme zu erarbeiten. Dies stärkt nicht nur die Stringenz der Qualitätssicherung, sondern reduziert auch durch weitgehende Harmonisierung der vielfältigen Maßnahmen und Verfahren den Umfang der Datenerhebung, schränkt die Vielzahl der mit Qualitätssicherung befassten Gremien ein und baut bürokratische Hemmnisse ab. Nach § 135a sind die jeweiligen Leistungserbringer verpflichtet, die von der Institution festgelegten Werkzeuge und Verfahren anzuwenden. Um auch anderen Institutionen, beispielsweise den Kassenärztlichen Vereinigungen, auf der Basis der einheitlichen Vorgaben die Durchführung der Qualitätserhebungen zu ermöglichen, erhält die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestellende Institution nach Satz 2 kein ausschließliches Durchführungsrecht an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Um zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand sowie Probleme bei der Neugestaltung zu vermeiden und gleichzeitig Wissen und Erfahrungen zu nutzen, verdeutlicht Satz 3, dass vorhandene Einrichtungen, wie beispielsweise die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, nach Anpassung ihrer Organisationsform genutzt werden sollen.

Absatz 2 beschreibt die wesentlichen, nicht abschließend genannten Aufgaben der Institution. Für die nach Nummer 1 bestimmte Messung und Darstellung der Versorgungsqualität hat sie insbesondere auf der Grundlage der Feststellung des verfügbaren Wissens Indikatoren und Messinstrumente der Qualität unter Berücksichtigung möglichst sektorenübergreifender und ergebnisorientierter Behandlungspfade zu entwickeln. Ein solches Vorgehen stärkt die Stringenz der Qualitätssicherung und trägt dazu bei, den bürokratischen Aufwand der Datenerhebungen zu reduzieren. Nach Nummer 2 erhält die Institution die Aufgabe, die Dokumentationsinhalte der Leistungserbringer zu erarbeiten. Dabei hat sie zu beachten, dass die Anforderungen an die Qualitätsdokumentation auf das zwingend erforderliche Maß reduziert werden. Diese Vorschrift dient dazu, die bürokratischen Belastungen für die Leistungserbringer so gering wie möglich zu halten und die Effektivität der Qualitätssicherungsbemühungen so weit wie möglich zu stärken. Gemäß Nummer 3 wird sie in dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestimmenden Umfang damit beauftragt, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Dies umfasst auch die für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung erforderliche Datenauswertung nach § 299. Die Vorschrift ermöglicht darüber hinaus, dass auch andere Institutionen auf Landesebene im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung Aufgaben wahrnehmen können. Beispielsweise können Qualitätsprüfungen für die zugelassenen Krankenhäuser auch von Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und für den vertragsärztlichen Bereich von Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Die erforderliche Transparenz über die Versorgungsqualität wird nur dann erreicht, wenn die Ergebnisse zur Versorgungsqualität nachvollziehbar, vergleichbar und für alle Anwender gut zugänglich dargestellt werden. Vor diesem Hintergrund wird die Institution nach Nummer 4 damit beauftragt, die Ergebnisse der Qualitätsbemühungen insbesondere den Bürgerinnen und Bürgern und allen Interessierten zur Verfügung zu stellen. Die an der Durchführung der Maßnahmen mitwirkenden Einrichtungen, beispielsweise die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung oder die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, der Institution nach Absatz 1 für ihre Aufgabenerfüllung die erforderlichen Daten und Auswertungen zur Verfügung zu stellen, um auf dieser Grundlage die Validierung von zur Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnissen durchzuführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält das Recht, von dieser Institution Auswertungen zu erhalten, sofern er diese Kenntnisse für seine Arbeit beispielsweise bei der Festlegung von Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 benötigt.

Absatz 3 Satz 1 stellt klar, dass die unabhängige Institution bei der Bearbeitung ihrer Aufträge die maßgeblichen Interessenverbände der betroffenen Institutionen, der Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten, Vertreter der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung z. B. in Expertengruppen zu beteiligen hat. Damit bleiben die bisherigen Beteiligungsrechte an der fachlichen Gestaltung der Anforderungen erhalten und werden formal auch auf die Patientenvertreter und die Wissenschaft ausgedehnt.

Durch die Vorschrift in Absatz 4 wird verdeutlicht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Institution gemäß den ihr übertragenen Aufgaben angemessen und aufwandsgerecht zu vergüten hat. Klargestellt wird auch, dass die Institution zusätzlich im Auftrage Dritter z. B. einzelner Leistungserbringer oder Fachgesellschaften tätig werden kann. Dies trägt dazu bei, vorhandene Kompetenz stärker und flächendeckender zu nutzen und die Einheitlichkeit der Qualitätssicherung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen zu fördern.

Zu Nummer 112 (§ 137c Abs. 1 Satz 1)

Redaktionelle Folgeänderung vor dem Hintergrund der neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Das Antragsrecht wird dem neuen kassenartenübergreifenden Spitzenverband Bund anstelle der bisherigen einzelnen Spitzenverbände der Krankenkassen eingeräumt.

Zu Nummer 113 (§ 137d)

Als Folge der Änderungen in § 20 Abs. 2 und Abs. 2a des Neunten Buches, die eine unabhängige Zertifizierung für alle stationären Rehabilitationseinrichtungen verbindlich vorsehen, ergibt sich ein Anpassungsbedarf für die Vorgaben nach der bisher geltenden Regelungen in dieser Vorschrift

für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. In § 20 Abs. 2a des Neunten Buches ist nunmehr vorgeschrieben, dass die Spitzenverbände der Träger der medizinischen Rehabilitation die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches unabhängiges Zertifizierungsverfahren miteinander vereinbaren. Aus diesem Grunde wird die bisher in Absatz 1 geregelte Verpflichtung einer Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenverbänden der Leistungserbringer zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement aufgehoben.

Nach Absatz 1 Satz 1 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen nunmehr gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung für die stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbaren. Durch die dabei vorgeschriebene Verpflichtung der Vereinbarungspartner, die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zugrunde zu legen, werden die Regelungen der Qualitätssicherung in den verschiedenen Sozialversicherungsbereichen besser aufeinander abgestimmt. Es wird insbesondere zukünftig verhindert, dass die Umsetzung der zwischen den Rehabilitationsträgern nach dem Neunten Buch getroffenen Vereinbarungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch Vereinbarungen mit den Leistungserbringerverbänden erschwert wird. In der Vereinbarung nach Satz 1 sollen über die Inhalte der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches hinaus konkretisierende oder ergänzende Regelungen für die besonderen Verhältnisse der Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen werden. Die Zusammenführung der Regelungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation in Absatz 1 ist sachgerecht, da für beide Bereiche hinsichtlich der Qualität der medizinischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen die gleichen Maßstäbe anzulegen sind. Die insoweit einheitliche Qualitätssicherung ist insbesondere auch geboten, um den für Einrichtungen nach § 111 geltenden Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit adäquat umsetzen und die Versorgung in beiden Bereichen besser aufeinander abstimmen zu können. Die bisherige Zusammenfassung der Regelungen für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation wird dagegen vor allem wegen der deutlichen inhaltlichen und strukturellen Unterschiede der Leistungen und Einrichtungen aufgegeben. Nach Satz 2 sind die Krankenkassen zukünftig verpflichtet, die Kosten der Auswertung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung entsprechend ihrer Belegungsanteile in den Einrichtungen oder Fachabteilungen zu tragen. Die Belegungsanteile sind mit den übrigen Belegern der Einrichtungen (= andere Rehabilitationsträger) zu ermitteln. Die fehlende Kostenübernahme der Krankenkassen für die Auswertung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung hat in der Vergangenheit eine breitere Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen an der externen Qualitätssicherung verhindert. Zur besseren Umsetzung der Qualitätssicherung sollen deshalb die Einrichtungen zukünftig lediglich die Kosten der einrichtungsinternen Qualitätsdokumentation tragen müssen. Die Übernahme der Auswertungskosten für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung entspricht im Übrigen der im Bereich der Rentenversicherung auf freiwilliger Basis bereits bestehenden Praxis.

Nach Absatz 2 sind gemeinsame und einheitliche Vereinbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den betroffenen Leistungserbringerverbänden zu Qualitätsanforderungen für stationäre Vorsorgeeinrichtungen, Einrichtungen des Müttergenesungswerks sowie für gleichartige Einrichtungen vorgegeben. Dazu gehören neben den Anforderungen an die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung auch die grundlegenden Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement. Um über die Versorgungsbereiche hinweg eine möglichst einheitliche Systematik der Qualitätssicherung zu erreichen, sollen nach Satz 2 auch hier die gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches in ihren Grundzügen Berücksichtigung finden, soweit ihre Übernahme auch für die Leistungen in den Einrichtungen nach Satz 1 geeignet und angemessen ist. Die Kostenregelung nach Absatz 1 Satz 3 findet entsprechende Anwendung für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung von stationären Vorsorgeeinrichtungen, Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichwertiger Einrichtungen.

Für den Bereich der ambulanten Vorsorge schreibt Absatz 3 nunmehr eine gemeinsame und einheitliche Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Bundesverbänden der betroffenen Leistungserbringer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vor. Anders als bei den Vereinbarungen nach den Absätzen 1 und 2 wird an dieser Stelle wegen der Besonderheiten der ambulanten Vorsorgeleistungen die Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches nicht verbindlich vorgeschrieben; eine Übernahme passender Regelungen in die Vereinbarung nach Satz 1 ist gleichwohl möglich. Auch auf eine Verpflichtung zur Vereinbarung einrichtungsübergreifender Qualitätssicherungsmaßnahmen wird im Hinblick auf die besonderen Leistungen in der ambulanten Vorsorge zukünftig verzichtet. Viele dieser Leistungen werden kurortspezifisch und nicht flächendeckend angeboten. Hinzu kommt, dass die Leistungserbringerstruktur im Bereich der ambulanten Vorsorge besonders heterogen ist. Vor diesem Hintergrund erscheint die Durchführung einer mit regelhafter Dokumentation verbundenen externen Qualitätssicherung weder angemessen noch praktikabel.

Die Verpflichtung der Vertragspartner nach Absatz 4 Satz 1 gewährleistet, dass bei den Vereinbarungen insgesamt möglichst einheitliche Anforderungen der Qualitätssicherung in den verschiedenen Versorgungsbereichen gestellt und die Aspekte einer sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung beachtet werden. Satz 2 räumt der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Stellungnahmerecht zu den Vereinbarungen in den Bereichen der ambulanten und stationären Rehabilitation sowie der stationären Vorsorge nach den Absätzen 1 und 2 ein.

Zu Nummer 114 (§ 137f)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Empfehlungen zu den

Qualitätssicherungsmaßnahmen für die strukturierten Behandlungsprogramme die nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 festgelegten Indikatoren und Instrumente sowie die Anforderungen an die Dokumentation einzubeziehen hat. Ziel dieser Einbeziehung ist, die Qualitätssicherungsanforderungen bei den unterschiedlichen Versorgungsformen möglichst einheitlich zu gestalten.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung dient der Erleichterung und Vereinfachung der Beauftragung der Datenstellen zur Umsetzung bundeseinheitlich abgestimmter Vorgaben im Formularwesen der strukturierten Behandlungsprogramme und im technischen Bereich (z. B. Dokumentationsbögen, Plausibilitätsprüfung, Datensatzformate). Die Verbände der Krankenkassen werden damit ermächtigt, die Datenstellen entsprechend zu beauftragen. Damit muss nicht mehr wie bisher eine inhaltsgleiche Beauftragung in jeder Region einzeln durch die regionale Arbeitsgemeinschaft (also für 17 KV-Bereiche) erfolgen. Damit wird vermieden, dass dieselben Aufgaben mehrfach an die regionenübergreifend tätigen Datenstellen herangetragen werden.

Zu Nummer 115 (§ 137g)

Zu Buchstabe a

Antragsberechtigt für die Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 sind einzelne Krankenkassen oder Verbände der Krankenkassen. Die Regelung wird erweitert, in dem auch mehrere Kassen gemeinsam einen Antrag stellen können.

Zu Buchstabe b

Die Berichtspflicht des Bundesversicherungsamtes bis zum 30. April 2004 über die Auswirkungen der Regelungen in § 267 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 Satz 3 in Verbindung mit den §§ 137f und 137g auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen sowie die Durchführung des Verfahrens zum Risikostrukturausgleich wird aufgehoben. Die Regelung hatte in der Einführungsphase der strukturierten Behandlungsprogramme den Sinn, die Auswirkungen der Neuregelung zu analysieren. Dieser Zweck ist erfüllt. Eine dauerhafte Berichtspflicht macht dagegen keinen Sinn, da man die Auswirkungen der Kopplung der strukturierten Behandlungsprogramme an den Risikostrukturausgleich mittlerweile jedem Jahresausgleich im RSA entnehmen kann.

Zu Nummer 116 (§ 139)

In dem neu gefassten § 139 werden die Vorschriften der bisherigen §§ 128 und 139 in geänderter Form zusammengefasst.

Absatz 1 entspricht den Sätzen 1, 2 und 5 des bisherigen § 128. Die Ergänzung in Satz 1 ist geboten, weil der Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses eine wesentliche Bedeutung zukommt. Die Streichung des bestimmten Artikels in Satz 2 dient der Klarstellung, dass der Leistungsanspruch der Versicherten durch das Hilfsmittelverzeichnis nicht abschließend konkretisiert wird.

Absatz 2 ersetzt Absatz 1 des bisherigen § 139. Um insoweit Überschneidungen mit dem Medizinprodukterecht zu vermeiden, wird die Befugnis der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Festlegung von Qualitätsstandards ausdrücklich auf die zur Erreichung der sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ergebenden Zielsetzung, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zu gewährleisten, erforderlichen besonderen Qualitätsanforderungen beschränkt und näher konkretisiert (Satz 1 und 2). Die ergänzende Regelung in Satz 3 trägt der Tatsache Rechnung, dass neben der Bereitstellung der Hilfsmittel selbst oft noch zusätzliche Leistungen erforderlich sind; auch hierfür sollen im Hilfsmittelverzeichnis Anforderungen festgelegt werden können.

In Absatz 3 Satz 1 wird zunächst klargestellt, dass die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis auf Antrag des Herstellers erfolgt. Satz 2 entspricht Satz 2 des bisherigen § 139 Abs. 2; die Änderung macht deutlich, dass keine originäre Prüfzuständigkeit des Medizinischen Dienstes besteht, sondern die Spitzenverbände der Krankenkassen Herr des Verfahrens sind und die Entscheidung auch inhaltlich zu verantworten haben.

Die Voraussetzungen für die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis werden in Absatz 4, der dem bisherigen Absatz 2 Satz 1 entspricht, präzisiert. Insbesondere im Hinblick auf die Regelungen in Absatz 5 ist es geboten, die Sicherheit des Hilfsmittels, die bisher als Teil der Qualität angesehen wurde, als eigenständige Voraussetzung festzulegen. Der Nachweis des therapeutischen Nutzens wird durch den Nachweis des medizinischen Nutzens ersetzt, weil die bisherige begriffliche Einschränkung auf den therapeutischen Nutzen sich in der Praxis als nicht sachgerecht erwiesen hat. Gleichzeitig wird klargestellt, dass entsprechend der bereits praktizierten Verfahrensweise der Nutzen nur nachgewiesen werden muss, soweit dies erforderlich ist. Da die Hilfsmittel bestimmungsgemäß vom Versicherten selbst (gegebenenfalls mit Unterstützung durch die ihn betreuenden Personen, bei denen es sich häufig ebenfalls nicht um Fachpersonal handelt) genutzt werden, ist auch eine ordnungsgemäße Kennzeichnung und – soweit erforderlich – Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache zu verlangen.

Absatz 5 enthält neue Regelungen, die mögliche Überschneidungen der Vorschriften zum Hilfsmittelverzeichnis mit dem Medizinprodukterecht adressieren. Damit keine problematischen Doppelprüfungen erfolgen, wird in Satz 1 zunächst klargestellt, dass bei Medizinprodukten der Nachweis der Funktionstauglichkeit (im Sinne der Eignung für die vorgesehene Verwendung oder der Erfüllung der vom Hersteller vorgegebenen Zweckbestimmung und Produktleistung) und der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht gilt. Korrespondierend hierzu regelt Satz 2, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen sich insoweit routinemäßig nur von der formalen Rechtmäßigkeit der CE-Kennzeichnung zu überzeugen haben. Weitergehende materielle Überprüfungen bezüglich Funktionstauglichkeit und Sicherheit können nur in Einzelfällen aus begründetem Anlass oder – quasi im Rahmen des behördlichen Überwachungsauftrags – nach der Aufnahme der Produkte auf der Grundlage von Stichproben in Betracht kommen (Satz 3 und 4). Die in Satz 5 geregelte Verpflichtung zur Information der hierfür zuständigen Behörden über Hinwei-

se auf Verstöße gegen das Medizinprodukterecht, soll sicherstellen, dass gegebenenfalls die gebotenen Maßnahmen gegen den verantwortlichen Inverkehrbringer ergriffen werden. Unabhängig hiervon haben die Spitzenverbände der Krankenkassen über die Konsequenzen für die Aufnahme des Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis oder gegebenenfalls die Rücknahme oder den Widerruf der Aufnahme zu entscheiden.

Die Fristenregelung in Absatz 6 Satz 1 ersetzt die bisherige Regelung in § 139 Abs. 2 Satz 4. Die Verkürzung der Bescheidungsfrist nach Vorlage vollständiger Unterlagen auf drei Monate dient der Straffung des Verfahrens. Satz 4 entspricht unverändert dem bisherigen § 139 Abs. 2 Satz 5. Mit der neuen Regelung in Satz 5 wird für den Fall, dass die Anforderungen nach Absatz 4 nicht mehr erfüllt sind, eine Rechtsgrundlage für den Widerruf der Aufnahme geschaffen.

Die Ermächtigung in Absatz 7 Satz 1 zur näheren Regelung des Aufnahmeverfahrens durch die Spitzenverbände der Krankenkassen (bisher § 139 Abs. 2 Satz 3) wird durch die ausdrückliche Verweisung auf die Vorschriften der Absätze 3 bis 6 konkretisiert, die den zu beachtenden Rahmen vorgeben. Darüber hinaus wird ihnen durch Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, im Sinne einer Konformitätsvermutung bestimmte Nachweiserleichterungen vorzusehen. Die Regelung stellt sicher, dass in der Praxis bewährte Instrumente und Nachweismöglichkeiten (z. B. Gütesiegel, Prüfzertifikate, Normenkonformität) auch weiterhin ihren Stellenwert behalten, ohne dass sie verbindlich vorgeschrieben werden.

Absatz 8 regelt die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses. Satz 1 entspricht unverändert dem bisherigen § 128 Satz 3. Durch die neue Regelung in Satz 2 wird klargestellt, dass die Fortschreibung nicht nur die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und die Aufnahme von Hilfsmitteln umfasst, sondern auch die Weiterentwicklung der Qualitäts- und sonstigen Anforderungen gemäß Absatz 2 sowie die Streichung von Produkten, deren Aufnahme zurückgenommen oder widerrufen wurde. Satz 3 ersetzt und präzisiert die bisherige Regelung in § 128 Satz 4. Um eine wirksame Wahrnehmung der Beteiligungsrechte sicherzustellen, wird festgelegt, dass den in die Anhörung einzubeziehenden Organisationen die für die Abgabe einer Stellungnahme benötigten Informationen zur Verfügung zu stellen sind. Dies gilt entsprechend auch für die in § 140f Abs. 4 geregelte Beteiligung der Patientenorganisationen.

Zu Nummer 117 (§ 139a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Möglichkeit zur Ergänzung der Nutzenbewertung um eine Kostenbewertung wird in die Vorschriften zu den Aufgaben des Instituts aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisher beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Aufgabe, die Versicherten über Krankheiten, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben, zu informieren, wird auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen übertragen. Dies ist vor dem Hintergrund sinnvoll, dass das Institut bereits die Aufgabe hat, für Bürgerinnen und Bürger Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung in allgemein verständlicher Form bereitzustellen. Da der Gemeinsame Bundesausschuss zur Erfüllung dieser Aufgabe auch bisher schon das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Erstellung der Informationen beauftragt hat, werden durch diese Übertragung die Kompetenzen gebündelt und eine Doppelbefassung vermieden.

Zu Buchstabe b

Durch diese Vorschrift wird klargestellt, dass das Institut seine Arbeitsmethode nach den international üblichen und akzeptierten Standards der evidenzbasierten Medizin auszurichten hat. Das verdeutlicht, dass das Institut in vergleichbarer hoch qualitativer Weise wie andere mit entsprechenden Aufgaben betraute Stellen im internationalen Bereich, z. B. dem National Institute for Health and Clinical Excellence bei seinen Bewertungen vorgeht. Um die Akzeptanz dieser Arbeit auch nach außen zu stärken hat das Institut gleichzeitig – wie bereits bisher – die Aufgabe, seine Arbeit in einer transparenten Form durchzuführen und Betroffene und Interessierte über alle Arbeitsschritte und Arbeitsergebnisse zu unterrichten. Hierzu zählt insbesondere die Information über die Arbeitsweise des Instituts, die Beteiligung von externen Sachverständigen und den Stand der Bearbeitung zu dem jeweiligen Aufgaben nach Absatz 3 Nr. 1 bis 5. Sämtliche Informationen sind in geeigneter Form, beispielsweise über das Internet, stets aktuell zu veröffentlichen.

Zu Buchstabe c

Absatz 5 konkretisiert die Beteiligung der wesentlichen Betroffenen an der Arbeit des Instituts. Über die bisher bereits vorgesehene Beteiligung der Patientinnen- und Patientenorganisationen, Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe sowie der oder dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung erhalten ausdrücklich auch die Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis und die Arzneimittelhersteller die Gelegenheit zur Stellungnahme. Dadurch wird gewährleistet, dass eine ausreichende Transparenz über die Arbeit und Ergebnisse des Instituts geschaffen und hierbei der externe Sachverstand dieser Vertreter frühzeitig einbezogen wird. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass diese Fachkreise und Betroffenen sowohl bei der Erstellung der Berichtspläne als auch bei den Vorberichten beteiligt werden. Dazu gehört auch, dass Stellungnahmen zu den Endberichten auch im Hinblick auf den sich ergebenden Änderungs- oder Ergänzungsbedarf durch das Institut geprüft werden und ggf. notwendige Aktualisierungen frühzeitig durchgeführt werden können. Diese Beteiligungsmöglichkeiten sollen jedoch nicht dazu führen, dass die Arbeit des Instituts unangemessen verzögert wird

Zu Nummer 118 (§ 139c)

Zu den Buchstaben a und b

Die Regelungen in Absatz 2 dienten dazu, bei der Bildung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesund-

heitswesen nach § 139a Abs. 1 die Wahl der Rechtsform zugunsten einer Entscheidung für eine Stiftung des privaten Rechts zu beeinflussen. Die Errichtung dieser Stiftung ist mittlerweile erfolgt und die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen richtet sich ausschließlich nach Absatz 1. Da Absatz 2 damit entbehrlich geworden ist, wird die Regelung aufgehoben.

Zu Nummer 119 (§ 140a Abs. 1)

Zu Buchstabe a

Die integrierte Versorgung hat sich gut entwickelt. Bei der hierfür zuständigen Registrierungsstelle sind zum Stichtag 30. Juni 2006 2 590 Verträge gemeldet worden. Häufig handelt es sich um Verträge, die auf bestimmte medizinische Indikationen ausgerichtet sind (z. B. Hüft- und Knieendoprothesen) mit regionalem Bezug. Darüber hinaus werden jedoch vermehrt auch breiter angelegte Verträge abgeschlossen. Diese Entwicklung ist zu unterstützen. Für Verträge, die nach dem 1. April 2007 abgeschlossen werden, stehen daher künftig durch die Neufassung des § 140d Abs. 1 nur dann Mittel der Anschubfinanzierung zur Verfügung, wenn diese Verträge eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung zum Gegenstand haben. Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird. Neue Integrationsverträge, die keine bevölkerungsbezogene Flächendeckung zum Gegenstand haben, bleiben möglich, erhalten jedoch keine Mittel aus der Anschubfinanzierung (weitere Einzelheiten vgl. unten § 140d Abs. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb).

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung wird das Vertragsprinzip in der integrierten Versorgung gestärkt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Arzneimittel, die zur Versorgung im Rahmen der integrierten Versorgung benötigt werden, vorrangig durch Verträge mit pharmazeutischen Unternehmern zu sichern. Hierdurch soll die Wirtschaftlichkeit durch Stärkung des Preiswettbewerbs der pharmazeutischen Unternehmer verbessert werden. Durch die Neuregelung des § 130a Abs. 8 wird die Einbeziehung von Apotheken in diese Verträge mit pharmazeutischen Unternehmern erleichtert. Bei den Ausschreibungen für die Verträge mit pharmazeutischen Unternehmern über Preisnachlässe (Herstellerrabatte) auf ihre Produkte sind die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden. Die für Deutschland nicht zugelassenen Arzneimittel stehen für die Versorgung im Inland nicht zur Verfügung und können daher nicht an der Ausschreibung teilnehmen.

Bereits von der geltenden Vorschrift des § 129 Abs. 5b kann die Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte im Rahmen der integrierten Versorgung aufgrund von Ausschreibungen beschränkt werden.

Zu Nummer 120 (§ 140b)

Zu Buchstabe a

Durch die neue Nummer 6 wird der Gedanke der Integration über die Verzahnung einzelner Sektoren innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus auf eine bessere Verzahnung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung ausgedehnt. Die Krankenkassen erhalten daher die Möglichkeit, Verträge mit zugelassenen Pflegeinrichtungen und Pflegekassen nach dem SGB XI zu schließen, um damit eine die Versicherungszweige übergreifende Leistungserbringung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung zu ermöglichen. Die Kranken- und Pflegekassen haben jeweils ihre Leistungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu finanzieren. Die Pflegekassen sind daher an den Vertragsschlüssen zu beteiligen. Zu den weiteren Einzelheiten vgl. § 92b SGB XI.

Zu Buchstabe b

Mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen für eine patienten-, bedarfsgerechtere und effizientere Versorgung zu ermöglichen, wurden im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Regelungen zur Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiterentwickelt. Relevant ist hier insbesondere die nach altem Recht bestehende Möglichkeit der Krankenkassen, mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Behandlung bei bestimmten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen abzuschließen. Die Einzelvertragsoption nach § 116b (altes Recht) wurde in der Vergangenheit kaum genutzt (zur Neuregelung des § 116b, vgl. dort). Krankenhäuser erhalten deshalb die Möglichkeit, auch im Rahmen von Integrationsverträgen Leistungen nach § 116b Abs. 3 zu erbringen. Diese Möglichkeit besteht unabhängig davon, ob ein Vertragsarzt an der integrierten Versorgung teilnimmt und einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringt. Krankenhäuser werden damit im Rahmen der integrierten Versorgung weiter als bisher für die ambulante Versorgung geöffnet.

Zu Nummer 121 (§ 140d)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Anschubfinanzierung wird bis einschließlich 2008 verlängert. Um einen lückenlosen Anschluss an die bisher bis zum Ende des Jahres 2006 befristete Anschubfinanzierung herzustellen, erfolgt die Verlängerung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) vom 30. August 2006, Bundestagsdrucksache 16/2474, welches zum 1. Januar 2007 in Kraft tritt. Mittel der Anschubfinanzierung dürfen künftig grundsätzlich nur für Leistungen der ambulanten oder stationären Versorgung verwendet werden. Die bisherige pauschale Lösung erlaubte auch eine Verwendung der Mittel der Anschubfinanzierung für andere Leistungsbereiche, z. B. für Rehabilitationsmaßnahmen. Dies war zunächst gerechtfertigt, weil es einem unbürokratischen Start in die integrierte Versorgung diente. Nach Ablauf dieser Startphase ist die Lösung nicht mehr sachgerecht, weil sie zu einer Subventionierung anderer Leistungsbereiche durch die Vertrags-

ärzte und die Krankenhäuser führt. Für Altverträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind, bleibt es bei der beschriebene bisherigen pauschalen Regelung. Die beschriebene Beschränkung gilt nicht für besondere Integrationsaufgaben (z. B. Koordinierung von Leistungen, casemanagement). Darüber hinaus bleibt es bei der bisherigen Rechtslage, wonach auch nichtärztliche Heilberufe, sofern sie die Voraussetzungen des § 140b Abs. 1 erfüllen, Integrationsverträge abschließen dürfen.

Anzustreben sind Verträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung. Eine solche Flächendeckung ist insbesondere gegeben, wenn den Versicherten in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird (weitere Einzelheiten vgl. oben zu § 140a). Mittel der Anschubfinanzierung dürfen daher grundsätzlich nur für solche, breiter angelegten Verträge verwendet werden. Diese Beschränkung gilt für alle nach dem 1. April 2007 abgeschlossenen Verträge. Bei Altverträgen bleibt es bei der alten Rechtslage, wonach Mittel der Anschubfinanzierung verwenden werden dürfen, auch wenn diese Verträge die Voraussetzungen einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung nicht erfüllen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern auf Verlangen die Verwendung der einbehaltenen Mittel plausibel darzulegen. Es muss nachvollziehbar sein, zu welchem Zweck die Mittel verwendet werden. Der Umfang der Nachweispflicht entspricht dem Umfang der Nachweispflicht gegenüber der Registrierungsstelle in § 140d Abs. 5 (vgl. unten zu Buchstabe c).

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Streichung der Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen leisten die Krankenhäuser einen Teilbeitrag zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelungen sind Klarstellungen zur Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens. Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens der Gesamtvergütungen ist zweckmäßigerweise auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen für die Berechnung des Bereinigungsbetrages mit dem von der Kassenärztlichen Vereinigung der Krankenkasse in der letzten verfügbaren Abrechnung (so genanntes Formblatt 3) maßgeblichen Punktwert bewertet werden. Diese Regelungen entsprechen den mit diesem Gesetz vorgegebenen Bereinigungen der Gesamtvergütungen für Leistungen in Verträgen nach § 73b und § 73c.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, die für die Bestimmung des Bereinigungsbetrages erforderlichen Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem zuständigen Verband der Krankenkassen auf Landesebene zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Einzelverträge, deren Leistungsinhalt und deren Teilnehmer. Entsprechende Daten liegen bei den für die Bereinigungsverfahren zuständigen Vertragsparteien, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht vor. Für die Erforderlichkeit der Übermittlung von arzt- und versichertenbezogenen Daten wird auf die entsprechenden Ausführungen in der Begründung zu § 73b verwiesen.

Zu Buchstabe c

Absatz 5 dient der Erhöhung der Transparenz. Verträge zur integrierten Versorgung berühren durch die Regelung zur Anschubfinanzierung die finanziellen Interessen der Vertragsärzte und Krankenhäuser. Es ist daher sachgerecht, dass die betroffenen Leistungserbringer Informationen über die Verträge erhalten, damit sie überprüfen können, ob die Vergütungsabzüge sachgerecht erfolgt sind. Es muss nachvollziehbar sein, zu welchem Zweck die Mittel verwendet werden. In der Regel wird dabei auf den einzelnen Vertrag Bezug zu nehmen sein. Zu melden sind insbesondere das geschätzte Vergütungsvolumen, die Kürzungsquoten, die für den jeweiligen Vertrag einbehaltenen aber nicht ausgegebene Mittel. Satz 2 dient dazu, mehr Transparenz zur Entwicklung der integrierten Versorgung und zum Versorgungsgeschehen zu erreichen. Die Registrierungsstelle hat dabei – zumindest in genereller Form – über die Entwicklung und Inhalte der Verträge zur integrierten Versorgung zu berichten.

Zu Nummer 122 (§ 140f)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Änderung des § 91 sowie der geänderten Vorschriften zur Qualitätssicherung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in § 126 und der Zusammenfassung der Vorschriften zum Hilfsmittelverzeichnis und zur Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln in § 139.

Konsequente Fortschreibung der Mitberatungsrechte der maßgeblichen Patientenorganisationen bei Empfehlung oder Richtlinien, die die Krankenkassenseite erlassen hat oder an denen sie beteiligt war, für die neu aufgenommene spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen.

Zu Nummer 123 (§ 144)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt klar, dass eine Vereinigung von Ortskrankenkassen durch Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen auch dann möglich ist, wenn sich der Bezirk der vereinigten Krankenkasse über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Ein Staatsvertrag der beteiligten Länder ist daher bei freiwilligen Vereinigungen von Ortskrankenkassen nicht erforderlich. Nur in den Fällen, in denen die Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen keine entsprechenden Beschlüsse fassen, kann die Bildung landesübergreifender Ortskrankenkassen nur durch Staatsvertrag der beteiligten Länder nach § 143 Abs. 3 erfolgen. Durch die Regelung werden landesübergreifende Zusammenschlüsse von Ortskrankenkassen erleichtert.

Hierdurch wird zum einen das Organisationsrecht der Ortskrankenkassen an das der übrigen Kassenarten angeglichen, da auch für eine landesübergreifende Vereinigung von Betriebs- und Innungskrankenkassen ein Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen ausreichend ist. Ohne die Regelung würden zudem für länderübergreifende Vereinigungen von Ortskrankenkassen unterschiedliche Verfahren gelten, je nachdem ob es sich um eine kassenarteninterne oder um eine kassenartenübergreifende Vereinigung handelt, da in § 171a ein Staatsvertragserfordernis bei den ab dem 1. April 2007 möglichen kassenartenübergreifenden Vereinigungen von Krankenkassen nicht vorgesehen ist.

Erstreckt sich der Kassenbezirk der neuen Krankenkasse über das Gebiet von nicht mehr als drei Ländern hinaus, bleibt die Krankenkasse nach Artikel 87 Abs. 2 Satz 2 GG landesunmittelbar, da sich die erforderliche Festlegung des aufsichtsführenden Landes aus dem Staatsvertrag der Länder über die Bestimmung aufsichtsführender Länder nach Artikel 87 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland ergibt.

Zu Buchstabe b

Das SGB V enthält bisher keine inhaltlichen Vorgaben, die als Grundlage für die Prüfung eines Vereinigungsbeschlusses dienen können. Die Aufsichtsbehörden können daher gegenwärtig nur prüfen, ob die formalen Voraussetzungen einer Vereinigung erfüllt sind. Diese machen jedoch nicht ohne weiteres erkennbar, welche Auswirkungen die geplante Vereinigung auf das Personal, die Organisation und die Finanzausstattung der neuen Krankenkasse und die Betreuung der Versicherten haben wird. Infolgedessen ist auch nicht gewährleistet, dass die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen dies in ihre Überlegungen einbezogen haben. Um die Transparenz des Meinungsbildungsprozesses innerhalb der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen für die zur Genehmigung der Vereinigung berufenen Aufsichtsbehörden zu verbessern und die Auswirkungen der Vereinigung zu verdeutlichen, sind in dem Antrag auf Genehmigung der Vereinigung künftig ein Konzept über die Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse beizufügen. Aus der ebenfalls beizufügenden Zahl und Verteilung der Geschäftsstellen der neuen Krankenkasse lässt sich entnehmen, welche Auswirkungen die Vereinigung auf die Betreuung der Versicherten haben wird.

Dies gilt nicht nur für die Vereinigungen von Ortskrankenkassen. Durch die Verweisungen in § 150 Abs. 2 Satz 1, § 160 Abs. 1 Satz 3 und § 168a Abs. 1 Satz 3 gelten sie auch für die Vereinigungen von Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen sowie aufgrund der Regelung in § 171a Abs. 1 Satz 4 auch für die ab dem 1. April 2007 möglichen kassenartenübergreifenden Vereinigungen von Krankenkassen.

Zu Nummer 124 (§ 155)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die materielle Zuordnung des verbleibenden Vermögens einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wird hierdurch nicht geändert.

Zu Buchstabe b

Die bisherige Haftung des Landesverbands oder des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen für die Verbindlichkeiten einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wird aufgehoben. An die Stelle dieser Haftung treten künftig die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung über die Befriedigung von Insolvenzgläubigern. Die Haftung insbesondere der Landesverbände hat sich in der Vergangenheit aus mehreren Gründen als nicht mehr sachgerecht erwiesen. Zum einen verfügt eine zunehmend größere Zahl von Betriebskrankenkassen über einen Kassenbezirk, der sich über den Bereich des Landesverbands hinaus erstreckt, in dem die Betriebskrankenkasse ihren Sitz hat und dessen Mitgliedskassen letztlich im Fall ihrer Schließung für die bestehenden Verbindlichkeiten haften müssten. Es ist jedoch nicht sachgerecht, diese zur Haftung für Verbindlichkeiten heranzuziehen, die durch die Geschäftstätigkeit der geschlossenen Krankenkassen außerhalb des Bereichs des Landesverbands entstanden sind. Hinzu kommt, dass aufgrund des starken Mitgliederwachstums bei Betriebskrankenkassen mögliche Haftungsfälle ein Ausmaß erreichen können, das die Finanzkraft der Mitgliedskassen eines Landesverbands übersteigt. Außerdem ist eine solidarische Einstandspflicht der Verbandsmitglieder für die Verbindlichkeiten eines anderen Mitglieds nur dann sachgerecht, solange die Verbandsmitglieder nicht im Wettbewerb zueinander stehen. Im Rahmen des bisherigen Haftungssystems müssen jedoch die Mitglieder eines Verbands für Verbindlichkeiten haften, die u. U. auch dadurch entstanden sind, dass sich ein anderes Verbandsmitglied zuvor durch aggressives Marktverhalten Wettbewerbsvorteile zu ihren Lasten verschafft hat. Diese Inkonsistenzen werden durch die Aufhebung der Verbandshaftung und die Anwendung der Vorschriften der Insolvenzordnung über die Befriedigung von Insolvenzgläubigern vermieden. Die Haftung des Trägerarbeitgebers bei Betriebskrankenkassen, die nicht für betriebsfremde Versicherte geöffnet sind, bleibt hiervon unberührt.

Zu Buchstabe c

Da die Verbände künftig nicht mehr für die Verbindlichkeiten einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haften, ist die bisherige Regelung über die Bildung von Haftungs- und Unterstützungsfonds der Verbände entbehrlich.

Bei dem neuen Absatz 5 handelt es sich um eine Sonderregelung zur Haftung für Schulden einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse, die schon vor dem 1. Januar 2008 bestanden haben. Diese Schulden sind von allen Betriebskrankenkassen gemeinsam zu tragen. Bei gesetzeskonformem Verhalten hätten diese Schulden grundsätzlich bis zum 31. Dezember 2007 getilgt sein müssen (§ 222). Hat eine Kassenart gleichwohl die Entschuldung ihrer Mitgliedskassen nicht zeitgerecht herbeigeführt, darf dies nicht zu einer Verkürzung der Rechte der Gläubiger führen. Aus diesem Grund haften alle Krankenkassen der Kassenart weiterhin für die Erfüllung dieser Verpflichtungen bis zu ihrer Tilgung. Gleiches gilt für die sonstigen Kosten der Auflösung oder Schließung, wenn die am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung wesentliche Ursache für die Auflösung oder Schließung war. Hiervon ist auszugehen, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von 10 Jahren nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die Altschulden zu diesem Zeitpunkt noch nicht getilgt waren. Erfolgt die Auflösung oder Schließung zu einem späteren Zeitpunkt, kann davon ausgegangen werden, dass die Altschulden hierfür keinen maßgeblichen Ursachenbeitrag mehr geleistet haben.

Auch für die bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse noch bestehenden Ansprüche der Leistungserbringer und der Versicherten aus dem Versicherungsverhältnis haften die übrigen Betriebskrankenkassen. Hierdurch sollen nachhaltige Störungen in den Leistungserbringerbeziehungen der Krankenkassen und sozialpolitisch unvertretbare Folgen für die Versicherten vermieden werden.

Der Haftung für diese Verpflichtungen kann sich eine Betriebskrankenkasse nicht dadurch entziehen, dass sie sich nach § 171a mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart vereinigt und die neue Krankenkasse nicht mehr der Kassenart der Betriebskrankenkassen angehört. Vielmehr geht die Haftung in diesem Fall auf die neue Krankenkasse über. Aufgrund der fortwirkenden Verantwortlichkeit der Kassenart, der die aufgelöste oder geschlossene Betriebskrankenkasse am 1. Januar 2008 angehört hat, wird die Haftung auch nicht dadurch berührt, dass sich diese Krankenkasse zwischenzeitlich mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart nach § 171a vereinigt hat und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört.

Die organisatorische Abwicklung der Tilgung der Altschulden erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 125 (§ 164)

Zu Buchstabe a

Die Haftung der IKK-Verbände für die nach Schließung einer Innungskrankenkasse bestehenden Verbindlichkeiten wird aus den gleichen Gründen aufgehoben wie bei den Betriebskrankenkassen (vgl. die Änderungen in § 155) und durch die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung über die Befriedigung von Insolvenzgläubigern ersetzt. Im Übrigen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung in § 155.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt klar, dass im Fall der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse alle verbleibenden Innungskrankenkassen für die finanziellen Lasten haften, die sich aus den Beschäftigungs-, Vergütungs- und Versorgungsansprüchen der Dienstordnungsangestellten der aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse ergeben. Da die Betroffenen existenziell auf die Erfüllung dieser Ansprüche angewiesen sind, ist es sachgerecht, die Haftung hierfür auf eine möglichst breite Grundlage zu stellen.

Zu Nummer 126 (§ 165)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Öffnung der See-Krankenkasse für Versicherte außerhalb der Seeschifffahrt (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 a). Die See-Krankenkasse wird hierdurch weitestgehend den anderen Krankenkassen gleichgestellt. Durch die Regelung in Buchstabe b soll verhindert werden, dass die See-Krankenkasse gegenüber den anderen Krankenkassen Wettbewerbsvorteile dadurch hat, dass ihre Verwaltungsausgaben ganz oder teilweise von der See-Berufsgenossenschaft getragen werden.

Zu Nummer 127 (§ 167)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Öffnung der Knappschaft für Versicherte außerhalb des Bergbaus (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a), die erforderlich geworden ist, da künftig nicht nur Bergleute die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Krankenversicherungsträger wählen können. Die Bezeichnung, unter der die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Krankenversicherung durchführt, ist nach § 194 Abs. 1 Nr. 1 in der Satzung zu regeln.

Zu Nummer 128 (§ 168a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 129 (§ 171)

Die Haftung der Ersatzkassenverbände für die Verpflichtungen einer geschlossenen Ersatzkasse wird aus den gleichen Gründen aufgehoben wie bei den Betriebskrankenkassen (vgl. Änderung in § 155) und durch die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung über die Befriedigung von Insolvenzgläubigern ersetzt.

Zu Nummer 130 (§ 171a)

Zu Absatz 1

Die Regelung ermöglicht vom 1. April 2007 an eine freiwillige Vereinigung von Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen und der See-Krankenkasse auch über die Kassenartengrenzen hinweg. Hierdurch wird der Prozess der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten dieser Krankenkassen und der Angleichung der Wettbewerbsebenen der Krankenkassen beschleunigt. Zwar hat sich die Zahl der Krankenkassen bereits aufgrund der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Fusionserleichterungen von 1 209 im Jahre 1991 auf 251 im Juli 2006 verringert. Gleichwohl gibt es auch mehr als 10 Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes noch eine Vielzahl kleiner und sehr kleiner Krankenkassen. Die in den letzten Jahren vorgenommenen Aufgabenübertragungen auf die Krankenkassen haben jedoch die Anforderungen an die Verwaltung der Krankenkassen und

die Organisation der Leistungserbringung durch die Krankenkassen erheblich erhöht. Dieser Weg wird mit dem vorliegenden Gesetz konsequent fortgesetzt. So werden die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert, Vereinbarungen mit Ärzten zu schließen, die von den einheitlich und gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen abweichen oder darüber hinausgehen können. Außerdem müssen alle Krankenkassen künftig Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Schließlich werden die Regelungen über die integrierte Versorgung, in deren Rahmen die Krankenkassen selber Verträge über eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung ihrer Versicherten schließen können, mit dem Ziel einer besseren Transparenz und einer Ausrichtung auf größere Versichertengruppen weiterentwickelt. Kleine Krankenkassen sind jedoch nur beschränkt in der Lage, diesen erhöhten Anforderungen in wirtschaftlicher Weise gerecht zu werden. Daher ist es wünschenswert, dass sich die Krankenkassen zu größeren Einheiten zusammenschließen, die auf Dauer wettbewerbs- und leistungsfähig sind. Um die bisher noch ungenutzten Potenziale für Kassenzusammenschlüsse zu nutzen, soll daher künftig auch eine Vereinigung von Krankenkassen über die Grenzen der Kassenarten hinweg möglich sein.

Flankierende gesetzliche Regelungen, die verhindern, dass durch kassenartenübergreifende Fusionen wettbewerbsschädliche Monopolbildungen entstehen, sind nicht erforderlich. Auch Vereinigungen von Krankenkassen sind nach den Regeln der Fusionskontrolle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) durch das Bundeskartellamt zu prüfen. Das Bundeskartellamt hat bisher schon Vereinigungen von Krankenkassen daraufhin geprüft, ob sie zur Entstehung einer marktbeherrschenden Stellung führen. Auch kassenartenübergreifende Fusionen wird es daraufhin überprüfen und bei Entstehung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung untersagen.

Die Vereinigung erfolgt durch Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen. Sie ist von den für die vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen. Für das Verfahren und die Rechtsfolgen der Vereinigung im Übrigen gilt – wie auch bei kassenarteninternen Vereinigungen – die Regelung des § 144 Abs. 2 bis 4. Der Formenzwang des Artikels 87 Abs. 2 GG ist bei jeder Vereinigung zu beachten.

In dem Antrag auf Genehmigung der Vereinigung haben die beteiligten Krankenkassen festzulegen, welche der bisher für diese Krankenkassen bestehende Kassenartenzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll. Nicht gewählt werden kann damit eine Kassenart, der keine der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen angehört hat. Damit wird zugleich festgelegt, welche organisationsrechtlichen Regelungen auf die Krankenkasse Anwendung finden und welchem Verband die neue Krankenkasse angehört, soweit eine Verbandszugehörigkeit von Krankenkassen kraft Gesetzes vorgeschrieben ist. Satz 5 soll verhindern, dass die Wahl des Verbands, dem die neue Krankenkasse angehören soll, zu dessen finanzieller Überforderung führt. Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn an der Vereinigung Krankenkassen mit unterschiedlicher Größe beteiligt sind und die größere Krankenkasse über negative Finanzreserven in erheblichem Umfang verfügt, mit denen der gewählte Verband nicht rechnen musste und die von den Mitgliedern dieses Verbands nicht getragen werden können. Diese Regelung ist nur solange von Bedeutung, wie die Verbandshaftung besteht, d. h. bis zum 31. Dezember 2007.

Die Erweiterung der Vereinigungsmöglichkeiten gilt nicht für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, da in ihrem Rahmen die Krankenversicherung nicht von einer selbständigen Krankenkasse, sondern von einer unselbständigen Abteilung dieses Rentenversicherungsträgers in einem Verwaltungsverbund durchgeführt wird, der alle Sozialversicherungszweige umfasst. Sie gilt auch nicht für das Sondersystem der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Aufgrund der für diese letztere Kassenart geltenden beitrags- und leistungsrechtlichen Besonderheiten ist eine Vereinigung mit Krankenkassen anderer Kassenarten unter den gegebenen Bedingungen nicht ohne weiteres möglich.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 Satz 1 soll verhindern, dass das Recht zur Wahl des zuständigen Verbands dazu genutzt werden kann, sich der aus der bisherigen Verbandsmitgliedschaft resultierenden Verpflichtungen, wie etwa Haftungsverpflichtungen (§ 155 Abs. 4, § 164 Abs. 1) oder Verpflichtungen zur Leistung kassenarteninterner Finanzhilfen (§ 265a) zu entziehen. Zahlungsansprüche, die die bisher zuständigen Verbände gegen die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen aufgrund der Haftung nach Schließung einer Krankenkasse der Kassenart oder der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a gehabt hätten, wenn die Vereinigung nicht stattgefunden hätte, richten sich daher für die Dauer von drei Jahren nach dem Wirksamwerden der Vereinigung gegen die neue Krankenkasse. Hierdurch wird sichergestellt, dass diese Verbände auch nach dem Ausscheiden der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen in der Lage bleiben, ihren Zahlungsverpflichtungen nachzukommen. Der Zeitraum von drei Jahren erscheint ausreichend, um die notwendigen verbandsinternen Anpassungsprozesse zu vollziehen.

Für die Berechnung der Höhe der Zahlungsansprüche sind die jeweiligen aktuellen Parameter der neuen Krankenkasse, wie etwa Zahl der Mitglieder oder Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder, in dem Verhältnis aufzuteilen, in dem sie bei den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zueinander gestanden haben.

Satz 4 enthält eine Folgeregelung zur Sicherung der Ansprüche der DO-Angestellten durch die vereinigte Krankenkasse.

Zu Nummer 131 (§ 171b)

Durch die Regelung werden alle Krankenkassen für insolvenzfähig erklärt. Damit kann künftig über das Vermögen jeder Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet werden. Bisher war dies nur für bundesunmittelbare Krankenkassen der Fall sowie für die landesunmittelbaren Krankenkassen, bei denen das zuständige Land nicht von der Regelung des § 12 Abs. 1 Nr. 2 InsO Gebrauch gemacht hatte. Danach kann durch Landesrecht bestimmt werden, dass das Insolvenzverfahren über das Vermögen einer juristischen Person des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht eines Landes untersteht, unzulässig ist. Da eine Vielzahl von Ländern von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hatte, ist der größte Teil der landesunmittelbaren Krankenkassen bisher nicht insolvenzfähig.

In einem wettbewerblich geprägten Krankenkassensystem müssen für alle Wettbewerber jedoch die gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen gelten. Die Frage der Anwendbarkeit der Insolvenzordnung auf die Krankenkassen ist insofern wettbewerblich relevant, als die Krankenkassen, bei denen aufgrund von Landesrecht das Insolvenzverfahren für unzulässig erklärt worden ist, nicht an der Umlage zur Finanzierung des Insolvenzgeldes und an der Umlage zur Finanzierung der Insolvenzsicherung nach dem BetrAVG beteiligt werden. Im Insolvenzfall können die Arbeitnehmer vielmehr von dem Land die Leistungen verlangen, die sie im Fall eines Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften des SGB III von der Agentur für Arbeit (Insolvenzgeld) und nach den Vorschriften des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) vom Träger der Insolvenzsicherung (Pensionssicherungsverein) beanspruchen könnten (§ 12 Abs. 2 InsO). Dies führt bei den betroffenen Krankenkassen zu Einsparungen und damit zu einem finanziellen Vorteil im Wettbewerb. Mit der Regelung wird daher ein Beitrag zur Belastungsgleichheit für alle Krankenkassen geleistet.

Die Regelung gilt nicht für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung, da es sich hierbei nicht um eine Krankenkasse in der Rechtsform einer selbständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern um einen Rentenversicherungsträger handelt, der die Krankenversicherung in einer unselbständigen Organisationseinheit durchführt.

Die Regelung geht als Sonderregelung der allgemeinen Regelung in § 12 Abs. 1 Nr. 2 InsO vor. Entgegenstehendes Landesrecht, das das Insolvenzverfahren über das Vermögen von Krankenkassen für unzulässig erklärt, wird damit nichtig. Soweit aufgrund der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung Übergangs- oder Sonderregelungen erforderlich sind, wird sichergestellt, dass diese zeitgleich mit der Anordnung der Anwendbarkeit der Insolvenzordnung auf die Krankenkassen in Kraft treten.

Zu Nummer 132 (Überschrift Zweiter Abschnitt im Sechsten Kapitel)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Zweiten Titels im Zweiten Abschnitt.

Zu Nummer 133 (§ 173)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung dient der Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen. Nach dem bisher geltenden Recht haben nur die Betriebs- und Innungskrankenkassen die Möglichkeit, durch die Entscheidung zur Beibehaltung des Betriebs- bzw. Innungsbezugs oder durch Öffnung für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte den Umfang ihrer Teilnahme am Kassenwettbewerb zu bestimmen. Diese Gestaltungsmöglichkeit, über die die Krankenkassen der anderen Kassenarten nicht verfügen, kann im Wettbewerb strategisch zur Erlangung von Vorteilen genutzt werden. Im Rahmen eines funktionsfähigen Wettbewerbs ist für derartige Sonderregelungen für einzelne Wettbewerbsteilnehmer jedoch kein Raum. Vielmehr müssen für alle Wettbewerber die gleichen Rahmenbedingungen gelten. Für die Wählbarkeit der Krankenkassen bedeutet das, dass alle Krankenkassen innerhalb ihres Kassenbezirks für alle Versicherte wählbar sein müssen. Die bisher für Betriebs- und Innungskrankenkassen geltende Sonderregelung wird daher in der Weise aufgehoben, dass den bisher noch nicht für betriebs- und innungsfremde Versicherte geöffneten Krankenkassen die Möglichkeit gegeben wird, sich bis zum Ende des Jahres 2008 endgültig zu entscheiden, ob sie sich für betriebs- und innungsfremde Versicherte öffnen wollen. Machen sie hiervon keinen Gebrauch, bleiben sie dauerhaft nur für Versicherte der Betriebe bzw. Innungsbetriebe wählbar, für die sie errichtet worden sind. Die Möglichkeit, den Betriebs- bzw. Innungsbezug dauerhaft beizubehalten, trägt dem Umstand Rechnung, dass diese Krankenkassen vielfach Aufgaben der betrieblichen Sozialpolitik wahrnehmen. Diese Aufgaben sollen sie auch nach dem 1. Januar 2009 wahrnehmen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse werden in Bezug auf die Wählbarkeit den anderen Krankenkassen gleichgestellt. Hierdurch nehmen sie umfassend am Kassenwettbewerb teil.

Zu Buchstabe b

Nach § 2 der Verordnung über den Ausbau der knappschaftlichen Krankenversicherung kann die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bestimmten Versichertengruppen gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrags Mehrleistungen gewähren. Da die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durch die Öffnung für Versicherte außerhalb des Bergbaus in einem umfassenden Wettbewerb zu den anderen Krankenkassen steht, ist der Fortbestand dieser Sonderregelung, die für die Krankenkassen der anderen Kassenarten nicht gilt, nicht länger zu rechtfertigen. Lediglich für die Versicherten, die bisher schon diese Mehrleistungen in Anspruch nehmen konnten, gilt die bisherige Rechtslage aus Gründen des Vertrauensschutzes fort.

Zu Buchstabe c

Die Regelung enthält eine Sonderregelung zum Kassenbezirk einer Krankenkasse, die aus einer Vereinigung mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart nach § 171a hervorgegangen ist, wenn an der kassenartenübergreifenden Vereinigung eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse beteiligt war, die nicht für betriebs- oder innungsfremde Versicherte geöffnet war. Soll die neue Krankenkasse nach der Festlegung der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen angehören, wird sie in Bezug auf ihre Wählbarkeit so gestellt, als hätte die Satzung der an der Vereinigung beteiligten Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten. Die neue Krankenkasse ist daher auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten in den Regionen (§ 143 Abs. 1) wählbar, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe der an der Vereinigung beteiligten Betriebs- oder Innungskrankenkasse bestehen. Da eine bisher nicht für betriebs- oder innungsfremde Versicherte geöffnete Betriebs- oder Innungskrankenkasse durch die Vereinigung mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart Versicherte in unter Umständen erheblicher Zahl

hinzugewinnt, die bisher in keiner Beziehung zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung gestanden haben, wäre es nicht sachgerecht, wenn der Bezirk der neuen Krankenkasse weiterhin betriebs- oder innungsbezogen abgegrenzt würde.

Zu Nummer 134 (§ 174)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Öffnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für Versicherte außerhalb des Bergbaus.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 4 ist durch die Öffnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für Versicherte außerhalb des Bergbaus und der See-Krankenkasse für Beschäftigte außerhalb der Seeschifffahrt entbehrlich geworden. Der neue Text regelt, welche Krankenkasse für die Durchführung der Krankenversicherung der Personen zuständig ist, die bisher ohne Absicherung im Krankheitsfall gewesen sind und nunmehr der Versicherungspflicht unterliegen.

Zu Nummer 135 (§ 175)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Da die Regeln über die Zuständigkeit bislang gemeinsam und einheitlich vereinbart worden sind, ist es sachgerecht, dass die Festlegung der Regeln von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den neuen, kassenartenübergreifenden Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergeht. Bei der Festlegung der Zuständigkeitsregeln wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu berücksichtigen haben, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse vom 1. April 2007 an für Versicherte außerhalb des Bergbaus bzw. der Seeschifffahrt geöffnet sind.

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa und dd

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Die Regelungen stellen sicher, dass die Kündigung einer Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nur wirksam wird, wenn eine nahtlose Fortsetzung des Krankenversicherungsschutzes bei einer anderen Krankenkasse, bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, etwa durch Anspruch auf freie Heilfürsorge, gewährleistet ist.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung der Finanzierungsstruktur der Krankenkassen. Künftig soll das Sonderkündigungsrecht dann ausgeübt werden können, wenn die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag nach § 242 erhebt, den bisher schon erhobenen Zusatzbeitrag erhöht oder die Prämienzahlung nach § 242 verringert. Die Hinweispflicht soll den Mitgliedern ermöglichen, frühzeitig zu einer günstigeren Krankenkasse zu wechseln.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Da für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen einheitliche Verfahren und Vordrucke für alle Krankenkassen vorgesehen sind, ist es sachgerecht, dass die Kompetenz zu deren Festlegung von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den neuen, kassenartenübergreifenden Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergeht.

Zu Nummer 136 (Aufhebung des Zweiten Titels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Öffnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der See-Krankenkasse für Versicherte außerhalb des Bergbaus bzw. der Seeschifffahrt.

Zu Nummer 137 (§ 186)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die den Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht festlegt. Durch die gesetzliche Festlegung des Beginns der Versicherungspflicht wird verhindert, dass die Betroffenen selber über den Beginn des Versicherungsschutzes entscheiden und ihn bis zu dem Zeitpunkt hinausschieben, in dem die anfallenden Krankheitskosten die zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichtenden Beiträge übersteigen.

Die Versicherungspflicht tritt zwar kraft Gesetzes ein. Da die Krankenkasse hiervon aber nicht ohne Weiteres Kenntnis erhält, müssen die Betroffenen der Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht anzeigen, damit diese die Krankenversicherung durchführen kann.

Satz 1 regelt auch den Beginn der Mitgliedschaft von Personen, die nach einem längeren Auslandsaufenthalt ins Inland zurückkehren oder die Angehörige eines anderen Staates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind. Satz 2 legt für andere Ausländer den ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis als Beginn der Mitgliedschaft fest, da dieser Zeitpunkt für die gesetzlichen Krankenkassen leicht feststellbar ist und eine Leistungsinanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung für die Vergangenheit ausgeschlossen wird.

Der Eintritt der Versicherungspflicht hat, unabhängig davon, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, auch Beitragspflicht zur Folge. Wird das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht der nach § 174 Abs. 4 zuständigen Krankenkasse erst längere Zeit nach dem Eintritt der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall beziehungsweise, soweit die am 1. April 2007 nicht Abgesicherten betroffen sind, längere Zeit nach diesem Zeitpunkt angezeigt, sind die seit dem gesetzlich festgelegten Eintritt der Versicherungspflicht entstandenen Beiträge daher nachzuentrichten. Im Gegenzug übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die in der Zwischenzeit in Anspruch genommenen Leistungen.

Durch Satz 4 der Neuregelung soll vermieden werden, dass diese Nachzahlungspflicht bei unverschuldet verspäteter Anzeige zu unbilligen Härten für die Betroffenen führt. Eine Ermäßigung oder Nichterhebung der nachzuentrichtenden Beiträge wird insbesondere dann in Betracht kommen, wenn die Betroffenen in der Zwischenzeit keine Leistungen oder nur Leistungen in geringem Umfang in Anspruch genommen haben.

Zu Nummer 138 (§ 190)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 6 Abs. 1 Nr. 1. Da die Versicherungspflicht abhängig Beschäftigter erst dann endet, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten worden ist, ist die Vorversicherungszeit für den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung in jedem Fall erfüllt. Der entsprechende Satzteil ist daher entbehrlich und wird gestrichen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, mit der das Ende dieser Versicherungspflicht geregelt wird. Zur Auslegung des normativen Rechtsbegriffs der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall wird auf die Begründung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 verwiesen. Die Mitgliedschaft endet daher beispielsweise auch am Vortag des Beginns einer Krankheitskostenvollversicherung in der privaten Krankenversicherung oder der Begründung eines Anspruchs auf Beihilfe und einer privaten Restkostenversicherung. Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht grundsätzlich kein Schutzbedürfnis mehr für das Aufrechterhalten einer Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13. Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben gemäß § 6 SGB IV unberührt. Die Regelung in Satz 2 stellt sicher, dass Personen, die gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung geworden sind, auch dann Mitglied bleiben, wenn sie nach dem Beitritt Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches werden.

Zu Nummer 139 (§ 191)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Nach Einführung dieser Versicherungspflicht ist die Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen entbehrlich geworden.

Zu Nummer 140 (§ 194)

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Hinblick auf die Einführung des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes. Nach § 194 Abs. 1 Nr. 4 mussten die Satzungen der Krankenkassen bislang eine Regelung zur Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge enthalten. Diese Bestimmung ist nunmehr entbehrlich und wird ersetzt durch die Regelung, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen Bestimmungen über den Zusatzbeitrag nach § 242 enthalten müssen. Aus aufsichtsrechtlichen Gründen gilt dies auch in den Fällen, in denen kein Zusatzbeitrag von den Mitgliedern erhoben wird. Zudem sind für die Krankenkassen kurzfristige Anpassungen des Zusatzbeitrags zeitnah möglich, ohne dass die Selbstverwaltungen sich zunächst mit der Grundnorm als Ganzes beschäftigen müssten.

Zu Nummer 141 (§ 197a Abs. 1)

Folgeänderung zur Neuorganisation der Verbände.

Zu Nummer 142 (§ 197b)

Ist es zweckmäßig, dürfen Krankenkassen mit der Erledigung von Aufgaben auch Dritte betrauen, Kernaufgaben zur Erfüllung der Versorgungsansprüche der Versicherten dürfen nicht übertragen werden. Die Krankenkasse hat besonders darauf zu achten, dass der Auftragsinhalt keine ihr obliegende Kernaufgaben betrifft. Ein Auftrag an Dritte kommt insbesondere dann in Betracht, wenn es darum geht, dass sich die betroffene Krankenkasse eine wettbewerbsfähige Verhandlungsposition verschaffen will.

Zu Nummer 143 (§ 210 Abs. 2)

Der Spitzenverband Bund ist zuständig für den Abschluss von Verträgen und für die Mitwirkung beim Erlass von Richtlinien. Mit der Vorschrift wird nachvollzogen, dass zukünftig der Spitzenverband Bund bei Vertragsabschlüssen und beim Erlass von Richtlinien mitwirkt.

Die Streichung der §§ 136a, 136b ist Folgeänderung aus der Neufassung des § 137, die zum Ziel hat, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und auch sektorübergreifend in Richtlinien nach § 92 festgelegt werden.

Zu Nummer 144 (§ 212)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Konzentration der nicht wettbewerblichen Aufgaben bei dem Spitzenverband Bund verbleiben für die bisherigen Bundesverbände keine Aufgaben, die den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erfordern. Die bisherigen Bundesverbände werden daher in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts umgewandelt. Nach ihrer gesetzlichen Gründung können die Gesellschafter in eigener Verantwortung entscheiden, ob sie die Gesellschaft fortführen, auflösen oder sie mit anderen Gesellschaften vereinigen. Die Ausgestaltung der Gesellschaftsverhältnisse bestimmen allein die Gesellschafter im Rahmen der §§ 705 bis 740 BGB. Die Bundesknappschaft kann Gesellschafterin bei einer der in § 212 Abs. 1 aufgeführten Gesellschaften werden; die Begründung des Gesellschafterstatus erfolgt nach den allgemeinen gesellschaftsrechtlichen Regeln.

Zu Buchstabe b

Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht ab dem 1. Januar 2009 nicht mehr fort. Die Rechtsnachfolge wird in dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte geregelt. Die Regelungen schließen die veränderte Aufgabenzuweisung ein.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Neuorganisation der Verbände.

Zu Buchstabe d

Die Gesellschaften sind Rechtsnachfolger der bisherigen Bundesverbände. Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist rechtsfähig. Die Gründung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts basiert grundsätzlich auf einer rechtsgeschäftlichen Einigung. Diese Einigung wird durch das Gesetz fingiert. Dies ist verfassungsrechtlich unbedenklich. Anders als in den Fällen, in denen Personen aufgrund ihrer Privatautonomie die Erreichung eines gemeinsamen Zwecks vereinbaren, entstehen die Gesellschaften aufgrund gesetzlich angeordneter Rechtsformumwandlung. Durch diesen Umwandlungsakt sind den Gesellschaften Aufgaben zugewiesen, die sie zu erfüllen haben.

Das Betriebsverfassungsgesetz findet Anwendung. Hiermit ist sichergestellt, dass die Bestimmungen zum Schutze der Arbeitnehmer insbesondere die Bestimmungen über den gerechten Interessensausgleich zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei Betriebsänderungen nach dem Betriebsverfassungsgesetz Anwendung finden.

Zu Buchstabe e

Für den Abschluss von Verträgen auf Landesebene bedarf es nach wie vor der Bevollmächtigung eines Vertreters. Die Bevollmächtigung obliegt jeweils den Ersatzkassen. So ist gewährleistet, dass auch nach der Änderung der Funktionen und Aufgabenstellung der Verbände der Ersatzkassen eine Vertretung der Ersatzkassen zum Abschluss von Verträgen auf Landesebene gegeben ist. Die Ersatzkassen können auch einen gemeinsamen Vertreter benennen.

Bisher hat der Verband der Ersatzkassen und der Verband der Arbeitersatzkassen die Vertretung der Ersatzkassen auch bei anderen Maßnahmen und Entscheidungen übernommen. Damit die Vertretung der Ersatzkassen einerseits weiterhin gewährleistet ist, andererseits aber die Vertretung nicht zu Bürokratieaufwand führt, haben sich die Ersatzkassen grundsätzlich auf einen gemeinsamen Vertreter zu einigen. Bestimmt das Gesetz, dass für Maßnahmen oder sonstige Entscheidungen von den Ersatzkassen mehrere Vertreter zu benennen sind, wie zum Beispiel in § 90 Abs. 2 SGB V haben sich die Ersatzkassen auf zwei gemeinsame Vertreter zu einigen. Für den Fall, dass eine Einigung nicht zu Stande kommt, benennt die Aufsicht den oder die gemeinsamen Vertreter.

Da die Verbände ihre Eigenschaft als Beliehene verlieren, bedarf es der Fortgeltung der Transparenzvorschrift nicht.

Durch die Neufassung des Satzes 5 wird gewährleistet, dass die Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen, genauso wie die Beschäftigten der anderen Bundesverbände, bei Auflösung des Vereins oder Austritt eines Mitglieds aus dem Verein ihre Ansprüche, die vor Inkrafttreten der Vorschrift begründet waren, auf Vergütung und Versorgung unmittelbar gegen die Vereinsmitglieder geltend machen können. Die Haftung der Vereinsmitglieder ist zeitlich unbeschränkt.

Zu Nummer 145 (§ 213)

In Absatz 1 ist geregelt, dass das bisher den Bundesverbänden als Körperschaften des öffentlichen Rechts zustehende Vermögen sich in Gesamthandsvermögen der Gesellschaften bürgerlichen Rechts umwandelt. Die entsprechende Anwendung des § 613a BGB stellt sicher, dass die Arbeitsverträge der Angestellten kraft Gesetzes auf die Gesellschaften übergehen. Eine Kündigung allein wegen des Rechtsformwechsels ist daher nicht möglich. Die Vorschriften über die zeitlich beschränkte Nachhaftung gelten nicht für Ansprüche aus Arbeits- und Dienstverträgen einschließlich der Ansprüche auf Versorgung, die zum Zeitpunkt des Rechtsformwechsels begründet waren. Der Sonderstatus der DO-Angestellten bleibt erhalten. Die den DO-Angestellten zugesprochenen Rechte aufgrund der Dienstordnungen sind auch weiterhin zu gewährleisten. Die DO-Angestellten können bei den Landesverbänden oder den Krankenkassen unter Wahrung ihrer Rechtsstellung angestellt werden. Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine vom Landesverband nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen Mitgliedskasse anzutreten, wenn die Stellung nicht in einem auffälligem Missverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Geringere Versorgungs- oder Besoldungsansprüche sind auszugleichen. Einer Anstellung bei einem Landesverband oder einer Mitgliedskasse des Landesverbands steht auch nicht § 258 der Reichsversicherungsordnung entgegen. Hiernach ist nur die Begründung neuer Angestelltenverhältnisse, für die die Dienstordnung gilt, unzulässig. Dienstordnungsangestellte, deren Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Rechtsformwechsels bereits begründet war, können von den Landesverbänden oder den Krankenkassen als dienstordnungsmäßige Angestellte übernommen werden.

Die Dienstordnungsangestellten haben einen Anspruch auf Beschäftigung bei einem Landesverband ihrer Wahl. Übt der DO-Angestellte dieses Recht aus, ist der Landesverband verpflichtet, ihm eine Stellung unter Wahrung seines Status und Fortgeltung der Dienstordnung anzubieten. Der Landesverband kann von den übrigen Landesverbänden Ausgleich verlangen.

Darüber hinaus sollte sich für die Dienst- und Arbeitsverhältnisse der bei den Bundesverbänden beschäftigten Personen die Gemeinschaft der Versicherungsträger und ihrer Verbände – soweit diese fortbestehen – in der Verantwortung sehen, für eine Weiterbeschäftigung zu angemessenen Bedingungen Sorge zu tragen. Insbesondere besteht auch die Möglichkeit, dass die Beschäftigten den auf den Spitzenverband übergegangenen Aufgaben folgen.

Die Landesverbände haften für die Vergütungs- und Versorgungsansprüche der DO-Angestellten, die zum Zeitpunkt des Rechtsformwechsels begründet waren, persönlich und zeitlich unbeschränkt.

Mit der Vorschrift in Absatz 2 wird sichergestellt, dass es keinen Zeitraum ohne ordnungsgemäße Personalvertretung gibt. Dies ist im Interesse aller Beteiligten von größter Wichtigkeit, da die Bundesverbände gezwungen sein werden, eine Reihe von personalvertretungsrechtlich relevanten Maßnahmen durchzuführen, die keinen Aufschub dulden. Die Personalräte nehmen übergangsweise die Aufgaben nach dem Betriebsverfassungsgesetz als Betriebsräte bis längstens bis zu den regelmäßigen Betriebswahlen nach dem Betriebsverfassungsgesetz wahr. Die nächsten regelmäßigen Betriebsratswahlen finden in der Zeit vom 1. März bis 31. März 2010 statt.

Mit den Regelungen in den Absätzen 3 und 4 wird sichergestellt, dass bestehende Dienstvereinbarungen bis längstens 24 Monate als Betriebsvereinbarungen fortgelten und bei den Bundesverbänden eingeleitete Beteiligungsverfahren zu Ende geführt werden können.

Absatz 5 bestimmt, dass die Fusion eines Gesellschafters mit einem anderen Landesverband kein Auflösungsgrund für die Gesellschaft ist.

Zu Nummer 146 (§ 214)

Die Gesellschaft hat die Aufgabe, die sich aus der Umwandlung ergebenden Verpflichtungen insbesondere die aus den bestehenden Arbeitverhältnissen zu erfüllen. Den Gesellschaftern ist es freigestellt, den Gesellschaftszweck abzuändern und andere Aufgaben im Rahmen der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung zu vereinbaren. Die Gesellschafter können durch die Vereinbarung von neuen, die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützenden Aufgaben den Fortbestand der Gesellschaft als freiwillige, private Organisationen im Gesundheitswesen sichern.

Zu Nummer 147 (§ 215)

Anpassung an die Regelung zur Umwandlung der bisherigen Bundesverbände.

Zu Nummer 148 (§§ 216, 217)

Folgeänderung zur Neuorganisation der Verbände.

Zu Nummer 149 (§§ 217a ff.)

Zu § 217a

Damit zeitliche und organisatorische Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung deutlich gestrafft und Handlungsblockaden vermieden werden, bilden die Krankenkassen auf Bundesebene einen Spitzenverband. Der Spitzenverband Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Zu § 217b

Organe des Spitzenverbandes sind als Selbstverwaltungsorgan der Verwaltungsrat und der von ihm gewählte Vorstand sowie die Mitgliederversammlung.

Der von der Mitgliederversammlung gewählte, paritätisch besetzte Verwaltungsrat hat 32 Mitglieder. Die Vorgabe von 32 Verwaltungsratssitzen stärkt die Handlungs- und Funktionsfähigkeit und ermöglicht eine konstruktive Arbeit. Die Mitglieder des Verwaltungsrates sind entsprechend der Regelung in § 58 Abs. 2 SGB IV für sechs Jahre gewählt. Der Verwaltungsrat entscheidet in allen Angelegenheiten, die nicht vom Vorstand zu besorgen sind. Unvereinbar mit dem Amt eines Verwaltungsratsmitgliedes ist es, wenn gleichzeitig eine Vorstandstätigkeit für eine Krankenkasse ausgeübt wird. Die zu wählenden Verwaltungsratsmitglieder müssen deshalb Mitglied im Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse sein. Dies entspricht der Bildung des Verwaltungsrates bei den Landesverbänden nach § 209 und bei den bisherigen Bundesverbänden nach § 215. Angesichts der vielfältigen und umfangreichen gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund ist es auch zweckmäßig, dass ein Mitglied des Verwaltungsrates nicht zugleich eine hauptamtliche Vorstandstätigkeit für eine Krankenkasse ausübt.

Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Spitzenverbandes zuständig, soweit sie nicht durch gesetzliche Vorschriften oder durch die Satzung dem Verwaltungsrat vorbehalten sind. Um den Aufgaben des Spitzenverbandes gerecht zu werden, übt der Vorstand entsprechend der Organisation im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen seine Tätigkeit hauptamtlich aus.

Die Mitgliedskassen bilden die Mitgliederversammlung. Jede Mitgliedskasse entsendet in die Mitgliederversammlung je einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, eine Ersatzkasse jeweils zwei Versichertenvertreter. Aufgabe der Mitgliederversammlung ist es, den paritätisch besetzten Verwaltungsrat mit 32 Mitgliedern zu wählen.

Zu § 217c

Die 32 zu wählenden Mitglieder sind jeweils 16 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus den Verwaltungsräten der Mitgliedskassen sowie die entsprechende Anzahl an Stellvertretern. Die Verteilung der Verwaltungsratssitze orientiert sich an dem Prinzip der paritätischen Besetzung von Selbstverwaltungsorganen sowie an den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten. Angesichts der beschränkten Gesamtzahl kann die Verteilung der Sitze die Größenverhältnisse nur annäherungsweise abbilden. Hinzu kommt, dass die Ersatzkassen ihre Sitze nur mit Vertretern der Versicherten besetzen können. Zur Wahrung der paritätischen Besetzung ist es insofern notwendig, dass die übrigen Kassenarten mehr Arbeitgebervertreter stellen. Der Gesetzgeber wird die Entwicklung der Versichertenzahlen zu beobachten und ggf. die jeweilige Anzahl der Verwaltungsratssitze für die Vertreter der Mitgliedskassen anzupassen haben.

Absatz 2 regelt die Wahl des Verwaltungsrates auf der Grundlage von Vorschlagslisten, die mit Ausnahme bei den Ersatzkassen nach Versichten- und Arbeitgebervertretern getrennt und für jede Kassenart gesondert zu erstellen sind. Eine Vorschlagsliste muss jeweils so viele Bewerber enthalten, wie jeweils Verwaltungsratsmitglieder zu wählen sind. Idealerweise erstellen die Mitgliedskassen einer Kassenart die geforderten Vorschlagslisten mit einer angemessen Anzahl an Bewerbern für die bevorstehende Mitgliederversammlung. Kommt eine derartige gemeinsame kassenartbezogene Liste bis zu der Mitgliederversammlung nicht zu Stande, benennt jede Krankenkasse je einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen als Arbeitgebervertreter, wobei eine Ersatzkasse jeweils bis zu drei Bewerber benennen kann. Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung hat aus diesen Einzelvorschlägen die erforderlichen Vorschlagslisten zu erstellen. Dieses Verfahren gilt auch für die Vorschlagslisten, die für die Wahl der Stellvertreter zu erstellen sind.

Während die Versichertenvertreter in der Mitgliederversammlung die vorgeschlagenen Versichertenvertreter einer Vorschlagsliste wählen, wählen die Arbeitgebervertreter die vorgeschlagenen Arbeitgebervertreter einer Vorschlagsliste. Dies gilt entsprechend für die Wahl der Stellvertreter. Ein Versicherten- oder Arbeitgebervertreter kann in einem Wahlgang jeweils so viele Bewerber einer Vorschlagsliste wählen, wie für die jeweilige Kassenart ordentliche Verwaltungsratsmitglieder zu wählen sind. Die abgegebenen Stimmen sind bei der Wahl – wie in Absatz 4 geregelt – zu gewichten.

Nach Absatz 3 sind diejenigen Bewerber gewählt, welche die höchste, gewichtete Stimmenzahl auf sich vereinigen. Die so gefundenen Zahlen bilden der Größe nach Höchstzah-

len. Dabei sind so viele Bewerber mit ihren Höchstzahlen aus einer jeweiligen Liste gewählt, wie jeweils Sitze im Verwaltungsrat zur Verfügung stehen.

Absatz 4 gibt vor, dass die Stimmen einer Mitgliedskasse bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates zu gewichten sind. Dabei dient die Zahl der Versicherten als sachgerechtes und messbares Differenzierungskriterium für die Stimmgewichtung. Die jeweilige Stimme einer Mitgliedskasse ist bei der Beschlussfassung nach dem Prozentsatz zu gewichten, der dem Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Danach ergibt sich das Abstimmungsergebnis aus der Addition der so gewichteten, abgegebenen Stimmen. Erstmalig ist die Statistik KM6 mit den Versichertenzahlen zum 1. Juli 2006 für die Stimmgewichtung im Jahre 2007 relevant. In den Folgejahren ist die Stimmgewichtung entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen jährlich anzupassen.

Nach Absatz 5 hat die Mitgliederversammlung aus ihren Reihen einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden zu wählen. Die Wahl erfolgt ohne Stimmengewichtung, da es lediglich um eine Organisationsentscheidung für den Ablauf der Mitgliederversammlung geht. Es wird zudem klargestellt, dass bei der Wahl die Versicherten- und Arbeitgebervertreter einer Mitgliedskasse nicht jeweils eine Stimme haben, sondern einheitlich nur eine Stimme abgeben können. Satz 4 regelt die erste Einberufung durch und die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung unter der Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit. Es ist insbesondere grundsätzlich Aufgabe des Vorsitzenden, die Mitgliederversammlung einzuberufen, die Wahl des Verwaltungsrates zu leiten und das Wahlergebnis festzustellen.

Nach Absatz 6 hat der Vorsitzende der Mitgliederversammlung zur ersten Sitzung des Verwaltungsrates zu laden und die Wahl des Verwaltungsratsvorsitzenden durchzuführen.

Absatz 7 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere zu den Wahlen des Verwaltungsrates, insbesondere zu dem Verfahren zur Erstellung der Vorschlagslisten und der Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowohl in Bezug auf die Errichtungsphase des Spitzenverbandes im Jahre 2007 als auch für die turnusgemäßen Wahlen durch Rechtsverordnung in einer Wahlordnung zu regeln.

Zu § 217d

Die Befugnis zu verbindlichem Handeln mit Entscheidungscharakter auch gegenüber Dritten erfordert eine staatliche Aufsicht. Das Bundesministerium für Gesundheit führt die Aufsicht durch.

Die Aufsicht über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland wurde vor Errichtung des früheren Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgeübt. Dieser Rechtszustand wird jetzt wieder hergestellt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist in allen bilateralen Abkommen über Soziale Sicherheit und in der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 auf deutscher Seite als zuständige Behörde für alle Bereiche der sozialen Sicherheit genannt und ist daher an der Aufsicht für den über- und zwischenstaatlichen Arbeitsbereich zu beteiligen.

Im Übrigen gilt für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die Verweisung in § 208 Abs. 2 auf die einschlägigen Vorschriften im SGB IV.

Zu § 217e

Die Verfassung des Spitzenverbandes wird durch die Satzung bestimmt. Die gesetzlichen Vorgaben dienen der Transparenz. Die vom Spitzenverband Bund abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen sind als untergesetzliches Recht verbindlich. Die Legitimation für den Abschluss von Normverträgen und für die Mitwirkung bei der Normsetzung in Form der Richtlinien ergibt sich aus dem Selbstverwaltungsprinzip.

Absatz 2 stellt die Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund für die Mitgliedskassen, die Landesverbände und die Versicherten klar.

Zu § 217f

Der Spitzenverband Bund hat die ihm durch Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Darüber hinaus werden ihm weitere Aufgaben übertragen, die in der Vorschrift aufgeführt sind.

Absatz 2 enthält eine Unterstützungsaufgabe zugunsten von Krankenkassen und ihrer Landesverbände auf dem Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung.

Nach Absatz 3 soll der Spitzenverband Bund im Beitrags- und Meldeverfahren einen einheitlichen Prozess- und Verfahrensablauf sicherstellen. Darüber hinaus soll stärker als bisher eine einheitliche Rechtsanwendung im Beitragseinzug sichergestellt werden. Deshalb erhält der Spitzenverband Bund zusätzlich die Aufgabe, in Grundsatzfragen verbindliche Entscheidungen zu treffen, die den einheitlichen Beitragseinzug betreffen. Nach Absatz 5 soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Benennung und Verteilung der beauftragten Stellen (Weiterleitungsstellen) festlegen, an die Arbeitgeber ab dem Jahr 2011 ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen entrichten können.

Weiterhin sollen nach Absatz 4 Vorgaben für ein Benchmarking etabliert werden, das zu mehr Effizienz der Krankenkassen führen wird. Parallele Regelungen sind bereits für den Bereich der Rentenversicherung eingeführt worden und haben sich bewährt. Die Pflicht zur Durchführung eines Benchmarking wird in § 69 Abs. 5 SGB IV aufgenommen.

In Absatz 5 wird klargestellt, dass die von den Bundesverbänden für die Zukunft abgeschlossenen Vereinbarungen sowie die von ihnen getroffenen Regelungen und Entscheidungen bis zu abändernden Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund fortgelten. Damit ist sichergestellt, dass es nicht zu Lücken in den rechtlichen Grundlagen für die Versorgung der Versicherten kommt.

Zu Nummer 150 (§ 219a)

Die bisherigen Träger der Verbindungsstelle fallen weg. Deswegen wird eine Neuorganisation der Verbindungsstelle notwendig. Nach dieser wird die Verbindungsstelle in den Spitzenverband Bund integriert. Sie war bereits zuvor eine kassenartübergreifende Einrichtung und kann insofern als Vorläufer des neuen Spitzenverbandes Bund erachtet wer-

den. Daher ist die Erledigung ihrer Aufgaben als selbständige Behörde neben dem Spitzenverband Bund nicht mehr erforderlich. Der Spitzenverband Bund ist Rechtsnachfolger der Verbindungsstelle und tritt insofern auch in die Rechte und Pflichten der bestehenden Arbeitsverhältnisse ein.

Zu Nummer 151 (§§ 219b bis 219d)

Folgeänderung zur Neufassung des § 219a.

Zu Nummer 152 (§ 220)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1

Mit Errichtung des Gesundheitsfonds werden die Ausgaben zu 100 Prozent gedeckt sein. Durch die schrittweise Mitfinanzierung durch Haushaltsmittel des Bundes werden die Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber stabilisiert. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss künftig zu mindestens 95 Prozent aus dem Fonds erfolgen. Führt die Finanzierung aus dem Fonds bei der Krankenkasse zu einer Unterdeckung, so muss sie einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben. Die Einrichtung des Gesundheitsfonds sorgt so für einen Anreiz zur wirtschaftlichen Verwendung der Beitrags- und Steuermittel. Die Krankenkassen werden zur Vermeidung eines Zusatzbeitrages verstärkte Anstrengungen entwickeln, wirtschaftlich und effizient zu handeln. Über besondere Vertragsformen und Wahltarife werden sie hierfür mit den erforderlichen Instrumenten ausgestattet.

Die Krankenkassen bestimmen nicht mehr selbst über die Höhe der Beiträge. Künftig wird den Krankenkassen für jeden Versicherten ein einheitlicher Betrag aus dem Gesundheitsfonds, der die unterschiedlichen Risiken der Versicherten, z. B. Alter, Krankheit und Geschlecht risikoadjustiert abbildet, ausgezahlt.

Zu Absatz 2

Stellt das Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse und Prognosen des nach § 241 einzurichtenden Schätzerkreises fest, dass durch die in Absatz 1 genannten Einnahmen die gesetzlich vorgesehene Deckungsquote einschließlich der erforderlichen Liquiditätsreserven den Wert von 95 vom Hundert im Durchschnitt des laufenden und des folgenden Jahres voraussichtlich unterschreitet, ist eine Beitragssatzerhöhung vorzunehmen.

Hingegen ist eine Ermäßigung des Beitragssatzes vorzunehmen, wenn eine Deckungsquote von einhundert Prozent überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote von 95 vom Hundert im Laufe des Haushaltsjahres voraussichtlich nicht unterschritten wird.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds entfallen die Vorschriften zu Beitragssatzregelungen für Einzelkassen.

Zu Nummer 153 (§ 221)

Zu Buchstabe a

Der Bund leistet im Jahr 2008 insgesamt Zuschüsse in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen an die gesetzliche Krankenversicherung. Die Zahlung erfolgt wie bisher zum 1. Mai und zum 1. November in gleichgroßen Teilbeträgen über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen. Ab dem Jahr 2009 erfolgt die Zahlung des Bundeszuschusses an den dann bis dahin errichteten Gesundheitsfonds. Die Zuschüsse des Bundes für die Jahre 2006 (4,2 Mrd. Euro) und 2007 (1,5 Mrd. Euro), die durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 geregelt sind, bleiben unverändert.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Gründung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem die bis dahin den Spitzenverbänden gemeinsam obliegenden Aufgaben übertragen werden.

Zu Nummer 153a (§ 226)

Folgeregelung zu § 241. Zum 1. Januar 2009 wird ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz festgelegt, der auch für die Gleitzone Anwendung findet.

Zu Nummer 154 (§ 227)

Folgeregelung zu Nummer 2 (Änderung des § 5). Für den wieder in die GKV aufgenommenen Personenkreis, insbesondere hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, gelten hinsichtlich der Beitragsbemessung die Regelungen für freiwillig Versicherte.

Zu Nummer 155 (§ 232a)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Der bisherige Ausgleichsanspruch der Krankenkassen steht künftig dem Gesundheitsfonds zu. Näheres zum Ausgleichsverfahren regelt nunmehr das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den in der Vorschrift genannten Stellen.

Zu Nummer 156 (§ 239)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Nummer 157 (Änderung des § 240).

Für Rentenantragsteller gelten für die Zeit der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente die beitragsrechtlichen Regelungen für freiwillig Versicherte entsprechend. Da die bisherige Satzungskompetenz der Krankenkassen für beitragsrechtliche Regelungen freiwilliger Mitglieder nunmehr als kassenartenübergreifende Kompetenz des Spitzenverbandes Bund definiert wird, ist diese Folgeänderung erforderlich.

Zu Nummer 157 (§ 240)

Zu den Buchstaben a und b

Der Spitzenverband Bund und nicht mehr die einzelne Krankenkasse legt künftig die Grundsätze für die Beitragseinstufung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Dabei ist wie bisher die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen.

Da die Krankenkassen ab Einrichtung des Gesundheitsfonds kein originäres Interesse an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter mehr haben, ist es erforderlich, einheitliche, kassenartenübergreifende Regelungen zu schaffen. Zudem

wird so eventuellen Verwerfungen im Wettbewerb vorgebeugt, denn die Krankenkassen haben nunmehr keine Möglichkeit, günstigere beitragsrechtliche Einstufungen mit dem Ziel der Mitgliederbindung/-gewinnung vorzunehmen. Bislang fiel die Beitragseinstufung freiwilliger Mitglieder in die Satzungskompetenz der jeweiligen Krankenkasse. Zudem war es damit nach alter Rechtslage möglich, dass die Krankenkassen unterschiedliche Einstufungsgrundsätze praktizierten. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds können derartige Unterschiede nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Zu Buchstabe c

Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen bislang mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Je nach Beitragssatz der Krankenkasse resultierten für die Versicherten hieraus oftmals monatliche Beitragszahlungen von mehreren Hundert Euro, und zwar auch dann, wenn der Versicherte ein weitaus geringeres als das fiktiv zugrunde gelegte Einkommen hat. Die Einnahmen und die Ausgaben der Versicherten standen somit nicht immer in einem angemessenen Verhältnis zueinander und die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit wurde oftmals durch eine zu hohe Beitragsbelastung konterkariert.

Mit der neuen Regelung ist sichergestellt, dass etwaige soziale Härten zukünftig vermieden werden. Beitragsrechtlich werden freiwillig versicherte Selbständige, die nachweislich weniger als nach der Beitragsbemessungsgrenze unterstellt verdienen, künftig den Mitgliedern, die einen Anspruch auf einen Existenzgründerzuschuss nach § 421l SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, angenähert und im Ergebnis entsprechend entlastet. Um sicherzustellen, dass von der Entlastung, die zu in der Regel nicht mehr kostendeckenden Beitragszahlungen führt, tatsächlich nur bedürftige Selbständige profitieren, ermächtigt der neue Satz 3 den neu zu gründenden Spitzenverband Bund, engere Voraussetzungen für die Zugrundelegung einer geringeren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an die im Bereich des SGB II für die die Hilfebedürfigkeit von Arbeitsuchenden geltenden Regeln zu definieren. Damit verbunden ist unter anderem die Einbeziehung des Einkommens von Lebenspartnern in die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen.

Zu Buchstabe d

Die Neuregelung in Satz 1 dehnt die Möglichkeit der Anwartschaftsversicherung, die bislang nur für freiwillig Versicherte bestand, die während eines berufsbedingten Auslandsaufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen hatten, auf andere, vergleichbare Personengruppen, wie Studenten, die einen Teil ihres Studiums in Ländern verbringen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, Strafgefangene und Zivildienstleistende, aus und erleichtert diesen damit die spätere Rückkehr in eine gesetzliche Krankenversicherung. Satz 2 passt die gesetzliche Regelung an eine schon bestehende Praxis der Krankenkassen an.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zum Wegfall kassenindividueller Beitragseinstufungen für freiwillige Mitglieder.

Zu Nummer 158 (Überschriftsänderung)

Folgeänderung zur Einführung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags.

Zu Nummer 159 (§ 241)

Zu Absatz 2

Die Beitragssätze für Arbeitgeber und Mitglieder der Krankenkassen werden festgeschrieben. Hierzu legt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung (erstmalig) mit Wirkung zum 1. Januar 2009 einen allgemeinen Beitragssatz fest, der auch den bisherigen Zusatzbeitrag (0,9 Prozent) enthält. Die Höhe des Beitragssatzes muss sicherstellen, dass in der Startphase die Ausgaben der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Bundesmittel zu 100 Prozent gedeckt sind und den Aufbau einer Liquiditätsreserve sicherstellen. Der festgeschriebene allgemeine Beitragssatz ist Basis für die weiteren Beitragsregelungen im SGB V, z. B. für freiwillig Versicherte, Rentner, Studenten und andere Personengruppen.

Der Arbeitgeberbeitrag beträgt die Hälfte des um 0,9 vom Hundert (früherer Zusatzbeitrag) verminderten allgemeinen Beitragssatzes und ist ebenfalls festgeschrieben. Die Beitragstragung des Arbeitgebers regelt wie bisher § 249. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer entspricht damit der heutigen Relation.

Zur fachlichen Unterstützung der Entscheidungen über die Höhe des erforderlichen allgemeinen Beitragssatzes stützt sich das Bundesministerium für Gesundheit auf die Expertise eines neu einzurichtenden Schätzerkreises. Der Schätzerkreis ist mit dem für die Bewertung und Prognose der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes erforderlichen Sachverstand zu besetzen. Er hat die Aufgaben, auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über den erforderlichen Beitragsbedarf des jeweiligen Folgejahres zu treffen. Die Bewertungen der Finanzergebnisse und Prognosen werden in Sitzungen des Schätzerkreises, jeweils vierteljährlich nach Vorliegen der Vierteljahresergebnisse der Krankenkassen (Finanzstatistik KV 45) vorgenommen. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des für die gesetzliche Krankenversicherung fachlich federführenden Bundesministeriums für Gesundheit, des für die Durchführung und Steuerung des Gesundheitsfonds zuständigen Bundesversicherungsamts sowie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (bis zur Bildung des Spitzenverbandes Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen) an. Weitere Experten können hinzugezogen werden.

Eine Vorlaufzeit von zwei Monaten ist für die Beteiligten ausreichend, um datentechnische Prozesse anzupassen.

Zu den Absätzen 3 und 4

Der Beitragssatz wird durch Rechtsverordnung festgesetzt. Ein förmliches Gesetz ist nicht vorgesehen. Dies könnte zu Verzögerungen im Zeitablauf führen. Über den beabsichtigten Erlass einer Rechtsverordnung unterrichtet die Bundesregierung allerdings vorab den Deutschen Bundestag. Dieser soll Gelegenheit erhalten, sich mit der Festsetzung oder Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes zu befassen. Die Unterrichtung muss mindestens drei Wochen vor Beschlussfassung der Bundesregierung erfolgen.

Zu Nummer 160 (§ 241a)

Der bisherige zusätzliche Beitragssatz nach § 241a ist Bestandteil des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241. Die Vorschrift ist daher entbehrlich.

Zu Nummer 161 (§ 242)

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag stellt ein zusätzliches Wettbewerbsinstrument für die Krankenkassen dar. Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen sind in der Lage, ihren Finanzbedarf aus den Mittelzuweisungen des Gesundheitsfonds zu decken oder sogar einen Überschuss zu erzielen und diesen an ihre Mitglieder auszuschütten.

Wenn der Finanzbedarf nicht durch andere Instrumente (spezielle Tarife, wirtschaftlicheres Management) gedeckt werden kann, ist die Krankenkasse verpflichtet, den Zusatzbeitrag zu erheben. Darlehensaufnahmen sind unzulässig. Die Vorschrift sieht keine Zeitpunkte für etwaige Anpassungen des Zusatzbeitrags vor, so dass dieser unterjährig verändert werden kann.

Der Zusatzbeitrag ist Teil des Sozialversicherungsbeitrags des Versicherten. Er wird in der Satzung der jeweiligen Kasse geregelt und auf dem üblichen Wege bekannt gemacht (z. B. in der Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse).

Gestaltung und Erhebung dieses zusätzlichen Beitrags werden der einzelnen Krankenkasse überlassen. Sie kann ihn als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festlegen. Die Obergrenze von einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen vermeidet individuelle soziale Härten. Die Orientierung an den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds dient der Verwaltungserleichterung, da die erforderlichen Informationen im Rahmen des Beitragseinzugs bei der Krankenkasse ohnehin vorliegen. Die Einkommensüberprüfung soll erst bei Zusatzprämien erfolgen, die mehr als acht Euro betragen. Dies vermeidet verwaltungsaufwändige Härtefallprüfungen bei Krankenkassen, die ohnehin nur geringe, in der Regel sozialverträgliche Zusatzbeiträge erheben. Ein weiterer Schutzmechanismus zugunsten der Versicherten besteht in der Möglichkeit, zu einer Krankenkasse zu wechseln, die einen niedrigeren oder keinen Zusatzbeitrag erhebt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihre Mitglieder auf diese Möglichkeit hinzuweisen (vgl. § 175 SGB V).

Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen dürfen Kassen Auszahlungen nicht durch eigene Defizite finanzieren; Ausschüttungen dürfen nur von Kassen vorgenommen werden, die gänzlich entschuldet sind und die erforderlichen Rücklagen zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit gebildet haben. Diese Prämienzahlungen sind getrennt von Prämienzahlungen für besondere Wahltarife auszuweisen. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung des allgemeinen oder des Zusatzbeitrags in Verzug befinden, dürfen nicht erfolgen.

Die Vorschrift stellt überdies klar, inwieweit die Auffüllung von Betriebsmitteln und Rücklagen bei der Bemessung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu berücksichtigen ist. Auch ein Aufsichtsinstrumentarium zur Feststellung des Zusatzbeitrags ist Inhalt der Regelung.

Spätestens zum Ende des Jahres 2011 erfolgt eine Überprüfung der Überforderungsklausel anhand eines vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorzulegenden Berichts über die bis dahin gemachten Erfahrungen mit der Regelung.

Zu Nummer 162 (§ 243)

Neben dem allgemeinen Beitragssatz legt die Bundesregierung auch den für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld geltenden ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates (erstmalig) mit Wirkung zum 1. Januar 2009 fest. Die Beitragsermäßigung spiegelt den voraussichtlichen Anteil der Krankengeldausgaben an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wider.

Zu Nummer 163 (§ 245)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zu § 241. Der allgemeine Beitragssatz, den das Bundesministerium für Gesundheit mit Wirkung zum 1. Januar 2009 festlegt, beinhaltet bereits den bisherigen zusätzlichen Beitragssatz und ist einheitlich gültig. Der Errechnung eines Durchschnittssatzes bedarf es nicht mehr; ebensowenig der Festlegung einer fiktiven Geltungsdauer.

Zu Nummer 164 (§ 246)

Folgeänderung zu § 241. Der allgemeine Beitragssatz, den das Bundesministerium für Gesundheit mit Wirkung zum 1. Januar 2009 festlegt, beinhaltet bereits den bisherigen zusätzlichen Beitragssatz und ist einheitlich gültig. Die Feststellung eines Durchschnittsbeitragssatzes entfällt; ebenso die Festlegung einer fiktiven Geltungsdauer.

Zu Nummer 165 (§ 247)

Folgeregelung zu § 241. Zum 1. Januar 2009 wird ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz festgelegt, der gleichermaßen für versicherungspflichtige Rentner Anwendung findet.

Die Regelung, dass Beitragssatzveränderungen für versicherungspflichtige Rentner mit einer zeitlichen Verzögerung von 3 Monaten gelten, entfällt. Die Rechtsverordnung nach § 241 wird mit einer entsprechenden Vorlaufzeit bekannt gegeben, so dass die Rentenversicherungsträger in der Lage sein werden, ihre Datenverarbeitung anzupassen.

Zu Nummer 166 (§ 248)

Zu Buchstabe a

Folgeregelung zur Änderung der §§ 241, 247. Mit Einführung des Fonds gibt es nur noch einen einheitlichen allgemeinen Beitragssatz. Die Regelung in § 247, wonach Beitragssatzveränderungen für versicherungspflichtige Rentner mit einer zeitlichen Verzögerung von 3 Monaten gelten, entfällt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt sicher, dass die Höhe der auf Versorgungsbezüge zu entrichtenden Beiträge gleich bleibt, auch wenn der bisherige zusätzliche Beitragssatz im neuen allgemeinen Beitragssatz aufgeht.

Zu Buchstabe c

Die Regelungen betreffen einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum und können deshalb entfallen.

Zu Nummer 167 (§ 249)

Folgeregelung zur Einfügung des § 5 Abs. 1 Nr. 13.

Zu Nummer 168 (§ 249a)

Folgeregelung zu § 241. Durch die Festlegung der Beitragssätze zum 1. Januar 2009 geht der bislang vom Mitglied allein zu tragende zusätzliche Beitragssatz im allgemeinen Beitragssatz auf. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Mitglied und Rentenversicherungsträger bleibt dennoch im gleichen Verhältnis bestehen.

Zu Nummer 169 (§ 250)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass sich der Arbeitgeber an der kassenindividuellen Zusatzprämie nicht zu beteiligen hat.

Zu Buchstabe b

Die Einführung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 erweitert den Kreis der Versicherungspflichtigen auf bisher Nichtversicherte.

Versicherte, die in die GKV zurückkehren und kein Arbeitseinkommen haben, haben ihre Beiträge selbst zu zahlen. Die Bemessung der Beiträge erfolgt wie bei freiwillig Versicherten. Das bedeutet, dass sie nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze zahlen müssen.

Zu Nummer 170 (§ 251)

Absatz 5 regelte bislang, dass die Krankenkassen zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt sind. Für die Beitragszahlungen, die direkt in den Gesundheitsfonds fließen (Beitragszahlung der Künstlersozialkasse, des Bundes und der Bundesagentur für Arbeit), hat in Zukunft das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit zur Prüfung der Zahlungen.

Absatz 6 stellt klar, dass der Zusatzbeitrag vom Mitglied selbst zu tragen ist. Eine Ausnahme gilt nur für Bezieher von Arbeitslosengeld II, deren Krankenkasse den Zusatzbeitrag erhöht oder erstmals erhebt. In diesen Fällen übernimmt der Bund den Zusatzbeitrag während der Kündigungsfrist. Für Sozialhilfeempfänger trifft § 32 SGB XII eine Sonderregelung.

Zu Nummer 171 (§ 252)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung infolge der Einfügung eines zweiten Absatzes.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift stellt klar, dass der Zusatzbeitrag – wie in allen anderen Fällen – unmittelbar vom Mitglied an die Krankenkasse zu zahlen ist. Es findet kein Quellenabzug statt. Eine Ausnahme gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II, deren Zusatzbeitrag während der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 5 vom Bund getragen wird. In diesen Fällen wird der Zusatzbeitrag von der Bundesagentur für Arbeit bzw. den zugelassenen kommunalen Trägern gezahlt.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt sicher, dass die Beitragszahlung der Künstlersozialkasse für die dort versicherten Mitglieder, des Bundes für Wehr- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie die Beitragszahlung der Bundesagentur für Arbeit für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch direkt an den Gesundheitsfonds erfolgt. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die zuständige Einzugsstelle.

Zu Nummer 172 (§ 254)

Bisher lag es in der Satzungskompetenz der jeweiligen Krankenkasse, andere Zahlungsmodalitäten als die Zahlung des Semesterbeitrags im Voraus für die Beitragszahlung der Studenten festzulegen. Diese Aufgabe obliegt nunmehr einheitlich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 173 (§ 255)

Zu den Buchstaben a und b

Mit der Neubestimmung der Fälligkeitszeitpunkte für die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge der Rentner wird sichergestellt, dass die Neuordnung des Beitragseinzuges und des Risikostrukturausgleichs nicht zu einer gegenüber heute veränderten Liquiditätssituation für die Rentenversicherung führen. Die bisherige Fälligkeitsregelung war im Jahr 2002 mit dem 10. SGB V-Änderungsgesetz geschaffen worden, um die schon zuvor geltende Praxis der vereinfachten Abwicklung von Zahlungsströmen zwischen Krankenkassen und BfA auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Bislang werden auf dieser Grundlage die von den Krankenkassen eingezogenen Rentenversicherungsbeiträge, die von der Rentenversicherung zu zahlenden KVdR-Beiträge und der von der Rentenversicherung durchgeführte Risikostrukturausgleich weitgehend durch Verrechnungen abgewickelt. Die neue Fälligkeitsregelung bildet die damit einhergehende gegenwärtige Liquiditätssituation der gesetzlichen Rentenversicherung im Monatsverlauf ab und gewährleistet, dass sie auch nach Neuregelung des Beitragseinzugs und des Risikostrukturausgleichs Bestand hat.

Die Vorschrift betrifft ausschließlich die Zahlungsweise der Beiträge aus der Rente, d. h., der Beiträge, die sich nach der Rente des Mitglieds bemessen. Der Zusatzbeitrag ist – wie in allen anderen Fällen – unmittelbar vom Mitglied an die Krankenkasse zu zahlen. Es findet kein Quellenabzug statt.

Zu Nummer 174 (§ 257)

Zu den Buchstaben a, b und e

Folgeregelung zur Neufassung des § 241. Die Beitragssätze für Arbeitgeber und Mitglieder der Krankenkassen werden festgeschrieben. Hierzu legt das BMG durch Rechtsverordnung mit Wirkung zum 1. Januar 2009 einen allgemeinen Beitragssatz fest, der auch den bisherigen Zusatzbeitrag (0,9 Prozent) enthält.

Die bisherige Regelung des § 257 Abs. 1 stand insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a zum 1. Juli 2005. Dieser war nicht vom Arbeitgeber zu tragen, so dass er von vorneherein nicht in die Berechnung einbezogen wurde; außerdem wurde auch bei der Begrenzung auf maximal die Hälfte des zu zahlenden Beitrags auf den bei Anwendung des allgemeinen Beitrags-

satzes zu zahlenden Beitrag abgestellt, so dass auch hier der zusätzliche Beitragssatz nicht berücksichtigt wurde. Zahlte der Versicherte nur den ermäßigten Beitragssatz, führte die Regelung dazu, dass – unbeschadet des von ihm zu tragenden zusätzlichen Beitragssatzes – der Zuschuss sich nicht nur auf die Hälfte dieses niedrigeren Beitrages beschränkte.

Da § 241 (neu) den bisherigen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 v. H. enthält, war eine Regelung zu treffen, die sicherstellt, dass der Arbeitgeber sich nach wie vor nicht an der Finanzierung des bisherigen zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 v. H. beteiligt.

Die Änderungen in Bezug auf den Beitragszuschuss sind für die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten entsprechend anzuwenden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung über den Beitragszuschuss für private Krankenversicherungen wird an die Einführung des Basistarifs angepasst. Der Inhalt des Basistarifs und die Voraussetzung für den Zugang zum Basistarif werden in § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes geregelt; die Pflicht, einen solchen Basistarif anzubieten, trifft alle Unternehmen der PKV.

Zu Buchstabe d

Absatz 2b wird aufgehoben, da sich die entsprechenden Regelungen nunmehr im VAG finden (§§ 12, 12g). Absatz 2c ist durch Zeitablauf obsolet geworden.

Zu Nummer 175 (§ 261)

Zu den Buchstaben a und b

Zum 1. Januar 2009 wird ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz festgelegt. Eventuelle Beitragssatzerhöhungen fallen nicht mehr in die Satzungskompetenz der einzelnen Krankenkasse. Die Krankenkassen legen jedoch in ihrer Satzung den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 fest. Bei dieser Kalkulation ist auch die Rücklage der einzelnen Kasse entsprechend zu berücksichtigen.

Zu Nummer 176 (§ 264)

Die Änderungen in § 264 tragen dafür Sorge, dass im Rahmen einer Jugendhilfeleistung stationär untergebrachte junge Menschen, die Krankenhilfe durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe erhalten, nicht anders behandelt werden als Empfänger von Sozialhilfeleistungen. Ebenso wird gewährleistet, dass die Kosten weiterhin vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe übernommen werden. Mit diesen Änderungen wird die Erbringung von Krankenhilfeleistungen für Kinder und Jugendliche erleichtert, ohne dass Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen.

Zu Nummer 177 (Überschrift des Vierten Abschnitts)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung des Beitragseinzugs, nach der die Krankenversicherungsbeiträge künftig an den Gesundheitsfonds abgeführt und von diesem an die Krankenkassen verteilt werden.

Zu Nummer 178 (§ 266)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und zur Neustrukturierung des Beitragseinzugs, nach der alle Beiträge an den Gesundheitsfonds abgeführt und von diesem verteilt werden.

Zu Buchstabe a

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wird die Ausgestaltung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs grundlegend verändert. Dem wird mit der Änderung der Überschrift Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung bestimmt, dass die Zuweisungen des Gesundheitsfonds zur Deckung der gesamten Ausgaben der Krankenkasse dienen und daher die standardisierten Leistungsausgaben, die standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistung sowie Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, die standardisierten Ausgaben für die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) und die standardisierten Verwaltungsausgaben umfassen. Der Risikostrukturausgleich erfolgt zukünftig durch die Zuweisung alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge, die die Krankenkassen neben der für alle Versicherten einheitlichen Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Um unverhältnismäßige Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, werden die Zuweisungen aus dem Fonds für die Versicherten der jeweiligen Länder nach Maßgabe des § 272 korrigiert. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder stellen zukünftig aufgrund der Einführung eines für die Mitglieder aller Krankenkassen geltenden einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und der Abführung der Beiträge an den Gesundheitsfonds kein Ausgleichskriterium mehr dar. Diese beitragsrechtlichen Regelungen und die Mittelverteilung über den Gesundheitsfonds implizieren einen Ausgleich der unterschiedlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, so dass das Erfordernis für den bisherigen Finanzkraftausgleich im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zukünftig entfällt. Die entsprechenden Regelungen zur Erhebung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und zum Ausgleich der Einnahmenunterschiede zwischen den Krankenkassen sowie damit zusammenhängende Berechnungen sind daher zukünftig entbehrlich.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt klar, dass die Summe aus der Grundpauschale und den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen dient und damit an die Stelle der Beitragsbedarfszuweisungen im bisherigen Risikostrukturausgleich tritt. Dabei ändert sich die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben gegenüber dem bisherigen Verfahren nicht.

Zu Buchstabe d

Aufgrund der Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und der Abführung der Beiträge an den Gesundheits-

fonds ist ein gesonderter Finanzkraftausgleich zukünftig nicht mehr erforderlich. Die diesbezüglichen Vorschriften werden daher aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Im bisherigen RSA-Verfahren wurden die Ausgaben für die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) durch einen Aufschlag auf die standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt und durch eine Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes finanziert. Zur Vereinfachung des Verfahrens der Berücksichtigung dieser Ausgaben und zur Erhöhung der Transparenz erhalten die Krankenkassen künftig für diese Ausgaben gesonderte Zuweisungen nach § 270. Das Nähere über die Ermittlung und Standardisierung dieser Ausgaben wird in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 geregelt.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des Gesundheitsfonds und zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Die Regelung bestimmt die Bekanntgabe der für die Ermittlung der Zu- und Abschläge ab 2009 maßgeblichen Daten durch das Bundesversicherungsamt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung hebt die Vorschriften auf, die aufgrund des Wegfalls eines gesonderten Finanzkraftausgleichs zukünftig nicht mehr erforderlich sind, und nimmt Anpassungen an die Einführung des weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs vor.

Zu Buchstabe g

Die Regelung schreibt vor, welche Grundlagen das Bundesversicherungsamt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen zu berücksichtigen hat. Die monatlichen Zuweisungen des Gesundheitsfonds stellen Abschlagszahlungen dar, die mit der im Jahresschlussausgleich ermittelten endgültigen Zuweisung verrechnet werden. Werden nach Abschluss der Ermittlung der endgültigen Zuweisung sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsunterlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt entsprechende Korrekturen bei der Ermittlung der endgültigen Zuweisung im Folgejahr zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe h

Die Regelung erweitert einerseits die Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere über die Ermittlung und Durchführung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) in einer Rechtsverordnung zu regeln. Hierzu zählen insbesondere die Ermittlung der Höhe der Grundpauschale, die der Gesundheitsfonds den Krankenkassen für jeden Versicherten zuweist, und die Bestimmung der Kriterien über die Zuweisung von Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistung, Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, und Verwaltungsausgaben. Andererseits werden mit der Regelung Vorschriften aufgehoben, die aufgrund des Wegfalls eines gesonderten Finanzkraftausgleichs und des Risikopools zukünftig nicht mehr gebraucht werden.

Zu Buchstabe i

Regelungen über Säumniszuschläge werden auf der Grundlage der Ermächtigung in Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung festgelegt. Eine gesetzliche Regelung der Säumniszuschläge ist zukünftig nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe j

Die Regelung stellt klar, dass der Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich für das Jahr 2008, der im Herbst 2009 durchgeführt wird, sowie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erforderliche Korrekturen des Ausgleichsjahres 2008 und vorangegangener Ausgleichsjahre auf der Grundlage der bis zum Ende des Jahres 2008 geltenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

Zu Nummer 179 (§ 267)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und zur Neustrukturierung des Beitragseinzugs, nach der alle Beiträge an den Gesundheitsfonds abgeführt und von diesem verteilt werden, sowie um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und der Abführung der Beiträge an den Gesundheitsfonds ist zukünftig ein gesonderter Finanzkraftausgleich im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nicht mehr erforderlich. Daher kann auf die Erhebung der zur Durchführung des Finanzkraftausgleichs benötigten Daten (Beitragseinnahmen der Krankenkassen, beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder) zukünftig verzichtet werden.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines für alle Krankenkassen einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes. Da es künftig keinen gesetzlich geregelten Beitragssatz für Personen mit sofortigem Krankengeldanspruch nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mehr gibt, kann die Abgrenzung der entsprechenden Versichertengruppen nicht mehr durch Bezugnahme auf die §§ 241 ff. erfolgen, sondern muss in § 267 geregelt werden. Dabei kann die Versichertengruppe für Personen mit sofortigem Krankengeldanspruch entfallen, da der Gesundheitsfonds für diese Mitglieder keine erhöhten Zuweisungen vornimmt, weil der erweiterte Krankengeldanspruch nicht über den einheitlichen Beitragssatz, sondern über individuelle Beitragszahlungen der Mitglieder finanziert wird.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Da für die in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten nach der Einführung des weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs keine gesonderten Versi-

chertengruppen mehr gebildet werden, kann auf eine entsprechende Differenzierung der Versichertengruppen bei der Datenerhebung verzichtet werden.

Zu den Buchstaben d bis h

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die bisher von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommenen Aufgaben werden auf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Zu Buchstabe i

Die Regelung stellt klar, dass der Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich für das Jahr 2008, der im Herbst 2009 durchgeführt wird, sowie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erforderliche Korrekturen des Ausgleichsjahres 2008 und vorangegangener Ausgleichsjahre auf der Grundlage der bis zum Ende des Jahres 2008 geltenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

Zu Nummer 180 (§ 268)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 266 Abs. 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Versicherten ab 2009 im Risikostrukturausgleich anhand von Morbiditätsgruppen klassifiziert werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Präzisierung der Anforderungen an die Klassifikationsmerkmale, die ab 2009 im Risikostrukturausgleich verwendet werden. Es wird klar gestellt, dass diese Klassifikationsmerkmale keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen (z. B. Medikalisierung oder Hospitalisierung) setzen dürfen und der Bestimmung der Morbiditätsgruppen eine begrenzte Zahl von 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten zugrunde zu legen ist, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 v. H. übersteigen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 181 (§ 269)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung legt fest, dass der Risikopool nicht mehr durchzuführen ist, wenn die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 zu einer direkten Morbiditätsorientierung in Kraft getreten ist. Wie in dem vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2002 in Auftrag gegebenen Gutachten zur Untersuchung von Klassifikationsmodellen für Versicherte im Risikostrukturausgleich festgestellt worden ist, kann ein Risikopool in seiner derzeitigen Form nur einen unwesentlichen Beitrag zur Einschränkung der Risikoselektion und zum Ausgleich von Risikostrukturunterschieden leisten, wenn der Risikostrukturausgleich unter Zugrundelegung des von den Gutachtern empfohlenen Klassifikationsmodells weiterentwickelt worden ist. Angesichts der Ergebnisse ihrer empirischen Untersuchungen und des mit der Durchführung des Risikopools verbundenen erheblichen Verwaltungsaufwands haben die Gutachter daher empfohlen, auf die Durchführung des Risikopools, auch in der Form eines Hochrisikopools, zu verzichten (vgl. Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, S. 219 f.). Die Regelung führt zu einer spürbaren Verringerung des Verwaltungsaufwands der Krankenkassen und des Bundesversicherungsamtes. Ebenso entfällt künftig die Notwendigkeit einer gesonderten Prüfung der von den Krankenkassen im Risikopool gemeldeten Daten durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder.

Zu Buchstabe d

Die Regelung stellt klar, dass der Jahresausgleich im Risikopool für das Jahr 2008, der im Herbst 2009 durchgeführt wird, sowie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erforderliche Korrekturen des Ausgleichsjahres 2008 und vorangegangener Ausgleichsjahre auf der Grundlage der bis zum Ende des Jahres 2008 geltenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

Zu Nummer 182 (§§ 270, 271)

Zu § 270

Zu Absatz 1

Die Regelung bestimmt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auch zur Deckung der Satzungs- und Mehrleistungen der Krankenkassen (mit Ausnahme der am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnenden Krankengeldzahlungen, da diese über individuelle Beitragszahlungen der Mitglieder und nicht über den einheitlichen Beitragssatz finanziert werden), der Programmkosten für die Entwicklung und Durchführung zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme und der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen dienen. Maßgebend für die Höhe dieser Zuweisungen sind nicht die insoweit tatsächlich entstandenen Ausgaben, sondern die standardisierten Ausgaben. Hierdurch wird vermieden, dass überproportionale Ausgabensteigerungen in diesen Bereichen zu höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen. Das Nähere zur Abgrenzung dieser Aufwendungen und zum Verfahren ihrer Standardisierung wird in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt (vgl. § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2a).

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 erforderlichen Datenerhebungen durch die Krankenkassen sowie die Fristen und das Verfahren ihrer Übermittlung an das Bundesversicherungsamt.

Zu § 271

Das Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung wird neu geregelt. Angesichts der wachsenden Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen werden neue Finanzierungsmechanismen eingeführt. Beim Bundesversicherungsamt wird der Gesundheitsfonds gebildet, der künftig die einheitlichen Beiträge der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen bündelt. In den Gesundheitsfonds fließen ab 2009 auch die anwachsenden Zuschüsse des Bundes aus Steuermitteln. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um eine Grundpauschale sowie alters- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen (§ 266), Zuweisungen für aufwändige Leistungsfälle (§ 269) und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270).

Zu Absatz 1

Die Verwaltung des Gesundheitsfonds erfolgt durch das Bundesversicherungsamt. Er wird als Sondervermögen geführt, eine Konstruktion, die sich bereits in der Pflegeversicherung bewährt hat. In den Fonds fließen alle Beitragseinnahmen und der Bundeszuschuss nach § 221.

Zu Absatz 2

Der Gesundheitsfonds bildet eine Liquiditätsreserve. Aufbau und Höhe der Liquiditätsreserve werden in der Rechtsverordnung nach § 241 festgelegt.

Durch den Aufbau der Liquiditätsreserve wird sichergestellt, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen erfolgen können, unabhängig von unterjährigen Einnahmeschwankungen oder nicht vorhergesehenen konjunkturell bedingten Einnahmeausfällen im Laufe eines Haushaltsjahres. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds werden abhängig von jahreszeitlichen Schwankungen der Beitragseinnahmen nicht in jedem Monat ausreichen können, die Zuweisung an die Krankenkassen vollständig abzudecken. Da die Zuweisungen im Laufe eines Jahres konstant und für die Krankenkassen zuverlässig kalkulierbar sein sollen, sind unterjährige Schwankungen auf der Einnahmeseite durch eine Liquiditätsreserve auszugleichen.

Zu Absatz 3

Für den Fall, dass die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, bei unterjährigen Einnahmeschwankungen die erforderlichen Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu decken, leistet der Bund ein vorübergehendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel, das vom Gesundheitsfonds spätestens zum Jahresende zurückzuzahlen ist. Im Regelfall werden hierzu die Beitragszuflüsse aus den Einmalzahlungen zum Jahresende genutzt werden können. Im Startjahr des Fonds erforderliche Liquiditätsdarlehen sind spätestens zum Endes des Folgejahres zurückzuzahlen. Das Darlehen kann durch ein Vorziehen des monatlichen Bundeszuschusses nach § 221 vermieden werden.

Zu den Absätzen 4 und 5

Die Finanzmittel sind so anzulegen, dass sie für die Aufgaben des Fonds verfügbar sind. Zinsen fließen in das Sondervermögen. Die Geldanlage wird sich allerdings auf geringe Summen beschränken, da die dem Fonds zufließenden Mittel taggenau im Wege der Zuweisungen an die Kassen gezahlt werden. Diese Mittel verbleiben insoweit nicht im Sondervermögen, sondern werden direkt wieder ausgekehrt. Anlagen können sich daher im Wesentlichen nur auf die Liquiditätsreserve und die Bundeszuschüsse erstrecken.

Zu Absatz 6

Die beim Bundesversicherungsamt für die Verwaltung des Gesundheitsfonds anfallenden Kosten werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Nähere zur Berechnung der Kosten und zum Verfahren regelt die Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSAV).

Zu Nummer 183 (§ 272)

Um unverhältnismäßige Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt. In dieser Konvergenzphase werden unterschiedliche Be- und Entlastungen durch die Verteilungswirkungen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. Euro bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen angeglichen. Die zugrunde zu legenden länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen werden durch ein Gutachten, dessen Fragestellungen unter Mitwirkung der Länder festzulegen sind, ermittelt.

Beim Vergleich der fiktiven Einnahmen mit den nach Einführung des Gesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Einnahmen sind die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242 nicht zu berücksichtigen. Dass die diesbezüglichen Auswirkungen im Vorfeld noch nicht absehbar sind, könnte zwar durch nachträgliche Änderung der Zuweisungen korrigiert werden. Bei Berücksichtigung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge könnten jedoch die Kassen das Zuweisungsvolumen nach § 272 beeinflussen.

Zu Nummer 184 (§ 274)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zur Neuorganisation der Verbände und der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle in § 106.

Zu Buchstabe c

Bereits nach geltendem Recht ist die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen, Verbände und Arbeitsgemeinschaften möglich (§ 112 Abs. 1 Satz 1 und 2 BHO in Verbindung mit § 111 Abs. 1 BHO und den §§ 89 ff. BHO). Für die landesunmittelbaren Krankenkassen, Verbände und Arbeitsgemeinschaften ergibt sich das Prüfrecht aus § 55 Abs. 1 Satz 1 des Haushaltsgrundsätzegesetzes. Die Regelung stellt im Interesse einer unabhängigen, umfassenden und wirksamen Finanzkontrolle klar, dass der Bundesrechnungshof die gesamte Haushalts- und Wirtschaftsführung der bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Krankenkassen sowie ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften prüfen kann, wenn diese gesetzlich begründete Zahlungen des Bundes erhalten. Unberührt bleibt die letztlich aus dem Gebot der Verhältnismäßigkeit folgende Verpflichtung des Bundesrechnungshofes, des Bundesversicherungsamtes und der zu-

ständigen Prüfbehörden der Länder, Überschneidungen ihrer jeweiligen Prüftätigkeit und damit verbundene unnötige Belastungen der Krankenkassen zu vermeiden.

Zu Nummer 185 (§ 275)

Zu Buchstabe a

Im Krankenhausbereich besteht Handlungsbedarf im Hinblick auf den Umfang der gutachtlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die Krankenkassen im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 anfordern. Von einzelnen Krankenkassen wird die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt. Dies führt zu unnötiger Bürokratie. Für einzelne Kassenarten liegen Hinweise zu Prüfquoten im Rahmen der Einzelfallprüfung in Höhe von 45 Prozent der Krankenhausfälle vor. Dies belastet die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich, sorgt für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand, und führt in der Regel zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen. Eine zeitnahe Prüfung ist nicht immer gewährleistet. Teilweise werden weit zurückliegende Fälle aus Vorjahren geprüft. Dies führt auch zu Unsicherheiten bei Erlösausgleichen und Jahresabschlüssen.

Als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau werden Anreize gesetzt, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen. Sofern hohe Prüfquoten z. B. auf systematische Mängel bei der Abrechnung durch das Krankenhaus zurückgehen, können diese im Rahmen der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geprüft und aufgedeckt werden. Die Stichprobenprüfung erfasst grundsätzlich die Abrechnungen gegenüber allen Krankenkassen. Da von dieser Möglichkeit bislang nur wenig Gebrauch gemacht wird, wird parallel zu den Änderungen bei der Einzelfallprüfung die Einleitung einer Stichprobenprüfung erleichtert sowie die Prüfung gleichgewichtiger ausgerichtet (vgl. Buchstaben a und b der Begründung zu § 17c KHG).

Nach Satz 1 der Neuregelung ist eine Einzelfallprüfung zeitnah durchzuführen. Dies gilt für sämtliche Schritte der Einleitung durch die Krankenkassen und der Durchführung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Bereits das Bundessozialgericht (BSG vom 13. Dezember 2001, B 3 KR 11/01 R) hat die für eine anschauliche Beurteilung erforderliche zeitnahe Überprüfung unterstrichen und auf die ansonsten bestehende Gefahr einer sich verschlechternden Beweislage und eines erhöhten Aufwands verwiesen. Das BSG hebt hervor, dass die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK spätestens dann notwendig ist, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Dabei entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG vom 17. Mai 2000, B 3 KR 33/99 R). Zugleich ist es einer Krankenkasse nicht gestattet, bei beanstandeten Rechnungen lediglich den unbestrittenen Teil der Forderung gleichsam als Vorschusszahlung unter Zurückbehaltung des bestrittenen Anteils bis zur abschließenden Klärung zu leisten (BSG, 23. Juli 2002, B 3 KR 64/01 R).

Durch Satz 2 wird nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eine Ausschlussfrist von sechs Wochen eingeführt, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der Medizinische Dienst dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Prüfungen, die nach Ablauf dieses Zeitraums dem Krankenhaus angezeigt werden, sind nicht zulässig.

Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von 100 Euro eingeführt. Diese ist von der prüfungseinleitenden Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichten. Die Aufwandspauschale ist nach Satz 3 für alle diejenigen Krankenhausfälle zu zahlen, in denen die Einzelfallprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags durch die Krankenkasse führt. Die Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale durch die Krankenkasse entsteht somit grundsätzlich unabhängig davon, ob eine Rechnung bereits beglichen ist oder nicht. Das betroffene Krankenhaus hat der jeweiligen Krankenkasse die Aufwandspauschale in Rechnung zu stellen; zur Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwands ggf. in Form einer Sammelrechnung.

Das Recht der Krankenkassen zur Einleitung erforderlicher Prüfungen bleibt durch die Einführung einer Aufwandspauschale für die Prüfung nicht minderbarer Rechnungen unbenommen. Mit der Pauschale wird eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt. Sie kann deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten. So sind aufgrund von Umfang und Komplexität der Kodierregeln Fehlabrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen. Dennoch können Krankenkassen, die ihre Einzelfallprüfung gezielt durchführen, Mehrausgaben weitgehend vermeiden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung trägt zur Entlastung des Medizinischen Dienstes von übermäßigem Prüfaufwand und damit auch zum Bürokratieabbau bei, indem die Notwendigkeit von medizinischen Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor deren Bewilligung nicht mehr wie bisher generell, sondern nur noch durch Stichproben überprüft wird. Bei beantragter Verlängerung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen bleibt es jedoch bei der regelmäßigen Überprüfung der Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung beinhaltet zum einen eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und weist zum anderen dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufgabe zu, das Nähere über den Umfang und die Auswahl der Stichproben zur Prüfung der Notwendigkeit von Leistungen der medizinischen Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation vor deren Bewilligung in Richtlinien zu regeln. Vor dem Hintergrund dieser Verknüpfung treten die Änderungen des Absatzes 2 Nr. 1 insgesamt erst zum 1. Januar 2008 in Kraft.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung des Absatzes 3 wird der Katalog der Fälle, in denen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst zur Prüfung einschalten können, erweitert.

Zu Buchstabe d

Mit der Änderung wird den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit eingeräumt, für ihren Beratungsbedarf zu allgemeinen übergreifenden Fragen und damit gerade auch in wettbewerbsorientierten Themenfeldern auch andere Gutachterdienste als den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen zu können.

Zu Nummer 186 (§ 276)

Zu den Buchstaben a und b

Die bisherige Regelung des Absatzes 2 Satz 2 wird aus Gründen der Rechtsklarheit im Hinblick auf den eigenständigen Bereich der allgemeinen Beratungen nach § 275 Abs. 4, auf den sie sich bezieht, aus den Vorschriften des Absatzes 2 herausgelöst (Buchstabe a) und entsprechend ihrer eigenständigen Bedeutung getrennt in einem neuen Absatz 2a ausgewiesen (Buchstabe b). In der Neufassung wird zudem der erweiterten Möglichkeit für die Krankenkassen, in den Beratungsfeldern des § 275 Abs. 4 neben dem Medizinischen Dienst auch andere Gutachterdienste beauftragen zu können, Rechnung getragen. Die bisher generell vorgesehene Anonymisierung von Sozialdaten vor deren Übermittlung wird auf den besonders schützenswerten Versichertenbezug der Sozialdaten beschränkt.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Nummer 187 (§ 278)

Die Änderung trägt den Neuregelungen zur Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und deren Auswirkungen auf die Organisationsstruktur des Medizinischen Dienstes Rechnung. Die Ersatzkassen werden nun direkt Mitglied der Arbeitsgemeinschaft.

Zu Nummer 188 (§ 280)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen sowie zur Neufassung des § 282.

Zu Nummer 189 (§ 281)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Finanzierungsregelung hält – allerdings nur noch für den Bereich der dem Medizinischen Dienst zugewiesenen gutachtlichen Prüfaufgaben nach § 275 Abs. 1 bis 3a – an dem Grundsatz der Umlagefinanzierung sowie an der Aufteilung der Umlage nach der Mitgliederzahl der Krankenkassen unter Zugrundelegung des Wohnortprinzips fest.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vorschrift präzisiert die für die Durchführung des Umlageverfahrens heranzuziehende Datengrundlage.

Zu Buchstabe b

Die Finanzierung der allgemeinen Beratungsaufgaben nach § 275 Abs. 4 wird – auch vor dem Hintergrund einer stärker wettbewerbsorientierten Ausrichtung der Medizinischen Dienste in diesen Themenfeldern – nunmehr auf ausschließlich nutzerorientierte Vergütungen umgestellt, die bisher lediglich im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden konnten.

Zu Buchstabe c

Die Änderung dient der redaktionellen Berichtigung eines Verweisungsfehlers.

Zu Nummer 190 (§ 282)

Die geltende Vorschrift zur Koordinierung auf Bundesebene wird der auf diese gestützten Tätigkeit des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und dessen Bedeutung nicht gerecht, weil sie dessen Tätigkeit nur unzureichend abbildet und notwendige Kompetenzen zur sachgerechten Wahrnehmung seiner Aufgaben nicht ausreichend gesetzlich flankiert sind. Die Neufassung bezweckt, die Koordinierungsaufgaben des MDS sowohl bezogen auf medizinische als auch auf organisatorische Fragen auf eine ausreichende gesetzliche Grundlage zu stellen. Sie dient damit auch der Rechtsklarheit und -sicherheit. Unter Berücksichtigung der neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen wird der MDS zum 1. Januar 2008 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet. Damit ist ein zeitlich nahtloser Übergang von der bisherigen Organisationsstruktur des MDS gewährleistet.

Zu Nummer 191 (§ 284)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird die datenschutzrechtliche Befugnis zur Verarbeitung der für Zwecke des neu eingeführten Versorgungsmanagements der Krankenkassen nach § 11 Abs. 4 erforderlichen Daten geschaffen.

Zu Nummer 192 (§ 285)

Durch die Änderung erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Kompetenz, zur Durchführung der Vereinbarung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß den §§ 85a und 85b sowie gemäß § 87 versichertenbezogene Daten im erforderlichen Umfang zu verarbeiten. Die korrespondierende Regelung für die Krankenkassen ist in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 vorgesehen. Beide Seiten der Vergütungsvereinbarungen verfügen somit über die gleichen Datengrundlagen. Im Rahmen der Abrechnung ist mit Hilfe entsprechender Datenverarbeitungsmaßnahmen zu gewährleisten, dass die Abrechnung der Pauschalen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt (§ 87 Abs. 2a Satz 11).

Zu Nummer 193 (§ 290)

Die Richtlinien zum Aufbau und Vergabeverfahren der neuen Krankenversichertennummer sind zwischenzeitlich in

Kraft gesetzt worden. Die Aufgabe einer eventuelle Weiterentwicklung wird nunmehr – als redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen – dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugewiesen, da gemeinsames und einheitliches Handeln aufgrund der bundeseinheitlichen Gültigkeit der neuen Krankenversichertennummmer erforderlich ist.

Zu Nummer 194 (§ 291)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung stellt sicher, dass die Gesundheitskarte den Nachweis zur Berechtigung der Inanspruchnahme von Leistungen auch unter Berücksichtigung von Tarifen nach § 53 erbringen kann. Außerdem wird die Möglichkeit eröffnet, die Gesundheitskarte auch für den Nachweis von Zusatzversicherungen zu nutzen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung beinhaltet als redaktionelle Folgeänderung eine sprachliche Anpassung an die unter Doppelbuchstabe aa vorgenommene Änderung.

Zu Buchstabe b

Bis zur endgültigen und flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss die vertragliche Vereinbarung zur Krankenversichertenkarte auf der Grundlage des § 291 Abs. 3 Bestand haben. Dies stellt die Regelung unter Anpassung an die geänderte Organisationsstruktur im Bereich der Krankenkassenverbände sicher.

Zu Buchstabe c

Die Entscheidung zur möglichen Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch die Versicherten nach einem Wechsel der Krankenkasse wird dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Zu Nummer 195 (§ 291a)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift stellt sicher, dass für die Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und deren Einsatz durch ihre Versicherten die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einzuhalten sind. Dies betrifft sowohl den Rahmen der Nutzung als auch die datenschutz- und datensicherheitsrechtlichen Vorschriften, die durch § 291a vorgegeben sind. Um den Patienten und ihren Leistungserbringern eine lückenlose Nutzung der mittels der elektronischen Gesundheitskarte erhobenen und gespeicherten Daten – auch im Falle eines Wechsels zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, beziehungsweise im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung – zu ermöglichen, ist es erforderlich das Hauptzuordnungskriterium dieser Daten, die Krankenversichertennummer, für beide Krankenversicherungssysteme gleichermaßen nutzbar zu machen. Daher ermöglicht die Vorschrift, dass Unternehmen der privaten Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten an ihre Versicherten zur Generierung eigener Versichertennummern das im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarte Verfahren und die Strukturen zur Bildung der Krankenversichertennummer nutzen können. Die Anwendung des § 290 Abs. 1 Satz 7 SGB V stellt sicher, dass erforderlichenfalls eine zur Bildung der Krankenversichertennummer notwendige Rentenversicherungsnummer generiert werden kann.

Entscheiden sich Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Nutzung des für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Verfahrens zur Bildung der Krankenversichertennummer, ist es zur Vermeidung von Doppelvergaben und den damit verbundenen Abstimmungen erforderlich, dass die Versichertennummer den Anforderungen und Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 an den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer entspricht und von der Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 SGB V vergeben wird.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung haben die bei der Vertrauensstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen durch die Vergabe der Versichertennummer entstehenden Kosten zu tragen. Diese beinhalten auch die zusätzlichen Kosten, welche für die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer an privat krankenversicherte Personen durch die Datenstelle der Rentenversicherungsträger entstehen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Schaffung der Telematikinfrastruktur wird auf Seiten der Kostenträger dem neu zu gründenden Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugewiesen, da Aufgaben betroffen sind, die wettbewerbsneutral für alle Kostenträger zu erledigen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Finanzierungsregelung für die Gesellschaft für Telematik wird neu in § 291a Abs. 7 Satz 5 und 6 geregelt, so dass eine Vereinbarung zu den Kosten für die Gesellschaft für Telematik nicht mehr erforderlich ist. Darüber hinaus wird bestimmt, dass auf Seiten der Kostenträger der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vertragspartner ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Im Hinblick auf den Abbau von Bürokratie und einer Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens soll die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik unmittelbar durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der auch die Krankenkassen in der Gesellschaft vertritt, erfolgen. Die Höhe des festgesetzten Betrages orientiert sich an dem Haushalt der Gesellschaft für Telematik des Jahres 2006, bei dem die Aufbauarbeiten für die Telematikinfrastruktur in Deutschland im Vordergrund stehen. Mehrkosten entstehen insoweit nicht. Um eine flexible Anpassung des Finanzbedarfs der Gesellschaft entsprechend dem Ausbau der Infrastruktur und den dabei durch die Gesellschaft wahrzunehmenden Aufgaben zu ermöglichen, ist eine Anpassung des Finanzbedarfs durch Rechtsverordnung vorgesehen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Folgeänderung

Zu den Buchstaben c bis g

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen aufgrund der veränderten Finanzierungsregelung für die Gesellschaft für Telematik und aufgrund der Wahrnehmung der Aufgaben durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 196 (§ 291b)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1a

Mit der Vorgabe in Absatz 1a, dass nur zugelassene Komponenten und Dienste eingesetzt werden dürfen, wird sichergestellt, dass die Komponenten und Dienste, die von verschiedenen Herstellern angeboten werden, den geforderten funktionalen Anforderungen sowie den Vorgaben an Schnittstellen entsprechen und zusammen mit Komponenten und Diensten beliebiger anderer Hersteller betrieben werden können. Durch die Prüfung der Sicherheitsanforderungen wird gewährleistet, dass die Komponenten und Dienste das erforderliche Schutzniveau einhalten. Die Verpflichtung für die Gesellschaft für Telematik, die Prüfung nur anhand der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien durchzuführen, stellt die erforderliche Transparenz des Zulassungsverfahrens für die Hersteller sicher.

Zu Absatz 1b

Die Regelung in Absatz 1b stellt klar, dass die Gesellschaft für Telematik bzw. die von ihr beauftragten Organisationen den operativen Betrieb von Komponenten, Diensten und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur nicht durchführen dürfen, diese Leistungen vielmehr von Anbietern zu erbringen sind. Die Gesellschaft für Telematik übernimmt lediglich die Betriebsverantwortung, indem sie die Rahmenbedingungen des Betriebes beschließt, deren Einhaltung überwacht und in diesem Zusammenhang Sicherstellungsaufgaben für den Betrieb (wie z. B. das Monitoring der Netze) übernimmt. Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, operative Betriebsleistungen in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren zu vergeben, weshalb die Vorschriften über die öffentliche Vergabe Anwendung finden. Ab dem 1. Januar 2009 sind Anbieter zur Erbringung operativer Betriebsleistungen zuzulassen, wenn sie die genannten Kriterien erfüllen. Das Zulassungsverfahren ist gegenüber dem Vergabeverfahren noch marktoffener und hat deshalb grundsätzlich Vorrang vor dem Vergabeverfahren. Da die Interoperabilität der Telematikinfrastruktur nur schrittweise entwickelt und hergestellt werden kann, ist zunächst auch unter Berücksichtigung der Überwachungs- und Sicherstellungsverpflichtung der Gesellschaft für Telematik eine Begrenzung des Systems insbesondere im Hinblick auf die Anzahl der Betreiber und der durch sie eingesetzten Komponenten, Dienste und Schnittstellen erforderlich. In dieser Phase steht der Systemaufbau und der dabei zu erreichende Erkenntnisgewinn im Vordergrund. Die Begrenzung wird durch das Vergabeverfahren, das bereits eine Beteiligung von Anbietern ermöglicht, erreicht. Der zunehmende Aufbau der Telematikinfrastruktur wird dazu führen, dass ausreichend Kenntnisse erworben werden, um die Interoperabilität und Sicherheit der Telematikinfrastruktur auch bei gleichzeitiger verstärkter Marktöffnung zu gewährleisten. Es wird davon ausgegangen, dass die Telematikinfrastruktur bis zum 1. Januar 2009 im Hinblick auf Interoperabilität, Kompatibilität und Sicherheit so ausgereift ist, dass weitere Marktteilnehmer im Rahmen eines Zulassungsverfahrens integriert werden können. Im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag der Gesellschaft für Telematik und ihre damit zusammenhängenden Überwachungspflichten ermöglicht Satz 6 die Anzahl der zuzulassenden Betreiber zu beschränken. In Fällen, in denen die Durchführung des Zulassungsverfahrens nicht zu einer ausreichenden Anzahl an Betreibern führt, bleiben die Sätze 2 bis 4 anwendbar mit der Folge, dass dann zur Durchführung operativer Betriebsleistungen Aufträge zu vergeben sind.

Zu Absatz 1c

Die Vorschrift gibt der Gesellschaft für Telematik die Möglichkeit, entsprechend ihrem Aufwand Entgelte für die Durchführung der Zulassungsverfahren zu verlangen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeregelung aufgrund der Bestimmung, dass der neu zu gründende Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Schaffung der Telematikinfrastruktur auf Seiten der Kostenträger übernimmt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird demzufolge anstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Änderung aufgrund der veränderten Bezeichnung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

Zu Buchstabe c

Für die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik gelten die Regelungen des § 291a Abs. 7 Satz 5 bis 7 entsprechend.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Änderung aufgrund der veränderten Bezeichnung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

Zu Nummer 197 (§ 293)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Auf Wunsch der Länder werden deren Versorgungsverwaltungen in den Anwendungsbereich des § 293 einbezogen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Beteiligung der Versorgungsverwaltungen der Länder an der Konzeption des Institutionskennzeichens bezüglich dessen Art, Aufbau und Fortschreibung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219, in der diese Aufgaben gemeinschaftlich erledigt werden;

ferner ergibt sich eine Entlastung der Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen im Hause des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. von finanziellen Belastungen aus der Umsatzsteuer. Die Belastung ergibt sich bisher daraus, dass die Sammel- und Verteilungsstelle IK alleinverantwortlich im Rahmen des § 293 Abs. 2 alter Fassung koordinierend für die anderen Sozialversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit tätig wurde und die Finanzverwaltung diese Tätigkeit als steuerpflichtige Tätigkeit wertete. Die Tätigkeit einer Koordinierungsstelle ist jedoch lediglich Folge der Einführung und Verwaltung des Institutionskennzeichens nach § 293, lässt sich also nicht mit einer Koordinierungstätigkeit in der Privatwirtschaft vergleichen. Sie ist keine „sonstige Leistung“ im Sinne des Umsatzsteuerrechtes, mithin auch nicht steuerpflichtig. Die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 durch Sozialversicherungsträger, also Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechts, und Ausführungsbehörden der Länder (vgl. § 35 SGB I), die Gebietskörperschaften des öffentlichen Rechtes zuzuordnen sind, soll dies verdeutlichen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung aufgrund der Bildung einer Arbeitsgemeinschaft und der Einbeziehung der Versorgungsverwaltungen der Länder.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neuorganisation im Bereich der Krankenkassenverbände.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neuorganisation im Bereich der Krankenkassenverbände.

Zu Nummer 198 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Neuregelung der §§ 73b und 73c sowie § 116b Abs. 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung bei der Abrechnung ambulanter Leistungen im Rahmen von Verträgen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden, erfolgen nunmehr, da gemeinsames und einheitliches Handeln erforderlich ist, durch den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen für die Abrechnung der Vergütung quartalsweise für jeden Behandlungsfall nicht nur die Diagnosen nach der jeweils verbindlichen Fassung des Diagnosenschlüssels zu übermitteln haben, sondern auch die erforderlichen Prozeduren entsprechend der jeweils verbindlichen Fassung des Prozedurenschlüssels. Die Angabe der Prozeduren ist Bestandteil der Abrechnung der Vertragsärzte nach dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab und liegen den Kassenärztlichen Vereinigungen somit vor.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Neuregelung der §§ 73b und 73c sowie § 116b Abs. 2.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung aufgrund der Neuorganisation im Bereich der Krankenkassenverbände.

Zu Nummer 199 (§ 296)

Zu den Buchstaben a und c

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung aufgrund der Neuorganisation im Bereich der Krankenkassenverbände.

Zu Nummer 200 (§ 297)

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

Zu Nummer 201 (§ 299)

Mit dieser Regelung werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Sozialdaten in dem erforderlichen Umfang auch ohne Einwilligung der betroffenen Patienten erhoben, verarbeitet und genutzt werden können.

Zu Absatz 1

In Satz 1 werden die datenschutzrechtlichen Anforderungen der Qualitätssicherungsverfahren, für die durch Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der entsprechenden Leistungserbringer das Nähere geregelt wird, festgelegt. Diese Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen müssen nunmehr vorsehen, dass die Datenerhebung für Zwecke der Qualitätssicherung in der Regel auf eine Patientenstichprobe begrenzt und die patientenidentifizierende Information pseudonymisiert wird. Darüber hinaus ist die Auswertung der Daten nur durch eine Stelle zulässig, die von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und deren jeweiligen Verbänden unabhängig ist, da es sich bei den zu erhebenden Daten vor allem um medizinische Informationen über die Patienten handelt. Wichtig aus datenschutzrechtlicher Sicht ist auch die qualifizierte Information der betroffenen Patienten über Art und Umfang der Datenverarbeitung und ihr Auskunftsrecht über die bei der auswertenden Stelle gespeicherten medizinischen Daten.

Durch Satz 2 wird ermöglicht, dass die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen, abweichend von der im Regelfall vorgesehenen Stichprobenerhebung, eine Vollerhebung vorsehen können. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass ge-

wichtige medizinisch fachliche oder gewichtige methodische Gründe dargelegt werden, welche die Erforderlichkeit einer Vollerhebung begründen. So kann zum Beispiel der Umstand, dass ein Qualitätssicherungsverfahren für ein Krankheitsbild durchgeführt wird, bei dem nur eine sehr geringe Anzahl von Patienten behandelt werden, sodass die Aussagekraft einer Stichprobe in Frage zu stellen ist, oder ein Qualitätssicherungsverfahren für ein Krankheitsbild durchgeführt wird, für das zunächst grundlegende Erkenntnisse gesammelt werden müssen, um die Qualität der Behandlung hinreichend beurteilen zu können, eine Vollerhebung erforderlich machen.

Die Definition von Inhalt und Umfang des zu erhebenden Datensatzes sowie die Auswahl und Größe der Stichprobe sind nach Satz 3 unter Berücksichtigung des Datensparsamkeitsgebotes durch die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen zu bestimmen. Die betroffenen Leistungserbringer werden verpflichtet, die so festgelegten Daten zu erheben und an die Auswertungsstelle zu übermitteln. Sollte dafür die Mitwirkung der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbände erforderlich sein, so stellt Satz 4 klar, dass auch dabei zu gewährleisten ist, dass Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbände keine Kenntnis von Daten, die über den Umfang der ihnen im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln sind hinausgehen (z. B. medizinische Daten), der Patienten erlangen dürfen.

Zu Absatz 2

Es wird mit dieser Regelung festgelegt, wie die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten pseudonymisiert werden. Im Regelfall, der Stichprobenerhebung, kann dieses dezentral bei den Leistungserbringern erfolgen. Das dabei anzuwendende Verfahren ist in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen festzulegen. Die Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sind zu berücksichtigen, um zu gewährleisten, dass Sicherheit und Technik dem aktuellen Stand entsprechen. Für die Ausnahme einer Vollerhebung wird ein zentrales Pseudonymisierungsverfahren vorgeschrieben, das durch eine räumlich, organisatorisch und personell eigenständige Vertrauensstelle durchgeführt wird, um auch in diesem Fall das größtmögliche Maß an Sicherheit zu gewährleisten.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss und den Vereinbarungspartnern die Aufgabe zugewiesen, eine unabhängige Datenauswertungsstelle für das jeweilige Qualitätssicherungsverfahren zu bestimmen. Dadurch soll die bundeseinheitliche Vergleichbarkeit der Auswertungsergebnisse gewährleistet sein. Es ist sicherzustellen, dass diese Stelle nur mit der Auswertung für Qualitätssicherungsverfahren beauftragt wird, deren Auswertungsziele zuvor in den Richtlinien oder Vereinbarungen genau festgelegt wurden, um zu verhindern, dass darüberhinausgehende Auswertungen medizinischer Daten unterschiedlicher Bereiche erfolgen können. Auch für andere Zwecke erhobene Datenbestände (z. B. Abrechnungsdaten der Krankenkassen und KVn) dürfen nicht mit den Daten der Qualitätssicherung zusammengeführt werden.

Zu Nummer 202 (§ 300)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 203 (§ 301)

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 204 (§ 302)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen. Die Erstellung von Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens im Bereich der sonstigen Leistungserbringer ist auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übertragen, da es sich hierbei um eine wettbewerbsneutrale Aufgabe handelt, die kassenartenübergreifend einheitlich und gemeinsam wahrgenommen werden soll.

Zu Nummer 205 (§ 303a)

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 206 (§ 303e)

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 207 (§ 303f)

Die Änderung stellt sicher, dass nach der Neuorganisation der Kassenverbände auf Bundes- und Landesebene alle Verbände der Krankenkassen zur Nutzung der bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten befugt sind. Neben dem jeweiligen Landes- und Bundesverband der datenliefernden Krankenkasse kann auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten nutzen.

Zu Nummer 208 (§ 305)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung ergänzt die Vorschriften zur Stärkung des Vertragsprinzips in der Arzneimittelversorgung. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Versicherte ebenso wie Vertragsärzte (vgl. die Neuregelung in § 73 Abs. 8) über preisgünstige Bezugsquellen für Arzneimittel zu informieren; dies berührt nicht das Recht der freien Wahl des Anbieters durch Vertragsärzte und Versicherte.

Zu Nummer 209 (§ 305a)

Durch die Regelung wird der Schutz der Arzneimittelverordnungsdaten verbessert. Die Aufbereitung dieser Daten in einer Detailliertheit, die Verordnungen einzelner Vertragsärzte nachvollziehbar macht, durch Dritte, die hierzu nicht ausdrücklich gesetzlich befugt sind, wird datenschutzrechtlich unterbunden. Damit wird die Aufgabe des Pharmaberaters auf die eigentlichen Zwecke des Arzneimittelgesetzes zu-

rückgeführt, nämlich die Information des Arztes. Ein schützenswertes Recht der Pharmaunternehmen, das ärztliche Verordnungsverhalten individuell zu überprüfen und zu steuern, besteht nicht, wenn dies mit dem sozialstaatlich legitimierten Ziel einer strikten Bindung der Verordnungen ausschließlich an die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmäßigkeit und der medizinischen Notwendigkeit kollidiert. Es wird gewährleistet, dass die arztbezogene Steuerung der ärztlichen Verordnungsweise ausschließlich durch die Partner der Selbstverwaltung erfolgt.

Die Regelung bezieht neben den Vertragsärzten, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen auch die Datenübermittlung durch Apotheken und den Großhandel ein, soweit es sich um Arzneimittel handelt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind und bei denen davon auszugehen ist, dass sie in überwiegendem Umfang zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Durch die Aggregation der Daten für die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung wird ein Rückschluss auf das Verordnungsverhalten einzelner Ärzte durch Dritte, die nicht durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch hierzu ermächtigt sind, ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat eine arztbezogene Steuerung der ärztlichen Verordnungsweise ausschließlich den Partnern der Selbstverwaltung vorbehalten. Damit soll die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen gewährleistet werden. Das Recht der pharmazeutischen Unternehmer, einzelne Ärzte sachgerecht über die eigenen Produkte zu informieren, bleibt unberührt. Unberührt bleibt auch das Recht des Erwerbs und der Verwertung von Verordnungsdaten durch die Hersteller oder Anbieter von Arzneien oder in deren Auftrag. Eine Verarbeitung und Nutzung von Daten über verordnete Arzneimittel, die für die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung aggregiert sind durch die pharmazeutische Industrie bleibt möglich. Damit wird den legitimen Interessen der Pharmaunternehmen Rechnung getragen.

Weiterhin zulässig ist die Verarbeitung und Nutzung für gesetzlich vorgesehene Zwecke. Dies sind die Verarbeitung eigener Abrechnungsdaten zur Verwendung durch den Auftraggeber (Arzt, Apotheke, Großhandel) insbesondere die Abrechnung mit den Krankenkassen, die Information der Ärzte über verordnete Leistungen, die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die in § 303f genannten Zwecke, insbesondere die Forschung. In diesem Rahmen haben die Anbieter verordnungspflichtiger Leistungen sowie Dritte weiterhin die Möglichkeit, Daten über das Verordnungsverhalten arztbezogen aufzubereiten.

Zu Nummer 210 (§ 313)

Nach dem Erreichen der letzten Stufe des vollständigen rechtskreisübergreifenden Risikostrukturausgleichs im Jahr 2007 sind die Sonderregelungen über die nach Rechtskreisen getrennte Durchführung des Risikostrukturausgleichs nicht mehr erforderlich und werden daher aufgehoben.

Zu Nummer 211 (§ 313a)

Die Sonderregelungen über die nach Rechtskreisen getrennte Durchführung des Risikostrukturausgleichs sind nach dem Erreichen der letzten Stufe des vollständigen rechtskreisübergreifenden Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2007 entbehrlich geworden und werden daher aufgehoben. Lediglich der bisherige Absatz 1 soll als Rechtsgrundlage für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Jahr 2007 und für Korrekturen der Ausgleichsbescheide der vergangenen Jahre zunächst noch bestehen bleiben. Die Regelung über die rechtskreisübergreifende Erhebung der für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlichen Daten wird zum 1. Januar 2008 aufgehoben, da die Krankenkassen für die entsprechenden Umstellungen aus EDV-technischen Gründen einen gewissen zeitlichen Vorlauf benötigen.

Zu Nummer 212 (§ 314)

Aus Gründen des Vertrauensschutzes gelten bestehende Verträge des Standardtarifs fort. Die Versicherten erhalten jedoch die Möglichkeit, in den neuen Basistarif zu wechseln.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 01 (§ 6)

Die Änderung stellt eine Folgeregelung zur Öffnung der See-Krankenkasse für Versicherte außerhalb der Seeschifffahrt dar (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a). Da die See-Krankenkasse künftig von allen Versicherten gewählt werden kann und Seeleute künftig auch andere Krankenkassen als die See-Krankenkasse wählen können, ist die Beibehaltung der Versicherungspflicht für Seeleute mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 nicht mehr sachgerecht.

Zu Nummer 1 (§ 20c Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 2 (§ 20d Abs. 3 Satz 2)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 3 (§ 31)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 4 (§ 36)

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen. Da es sich bei der Festbetragsgruppenbildung und der Festsetzung der Festbeträge um wettbewerbsneutrale Aufgaben handelt, die kassenartenübergreifend einheitlich und gemeinsam wahrgenommen werden müssen, sind diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übertragen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Änderungen in den Absätzen 1 und 2. Wegen der Übertragung der Zuständigkeit für Festbeträge auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die Regelung hinfällig geworden.

Zu Nummer 5 (§ 37b)

Folgeänderung zu den Neuregelungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Nummer 6 (§ 39a)

Zu den Buchstaben a und b

Die Vorschrift des § 39a regelt den Anspruch der Versicherten auf einen Zuschuss zu ambulanten und stationären Hospizleistungen. Es handelt sich um eine Folgeänderung im Hinblick auf die neue Verbändestruktur.

Zu Nummer 7 (§ 73b)

Folgeänderung zur Streichung des § 73 Abs. 1c.

Zu Nummer 8 (§ 73d)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 9 (§ 82)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 10 (§ 85)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 11 (§ 85a)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 12 (§ 85b)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 13 (§ 87)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 14 (§ 91)

Der Gemeinsame Bundesausschuss, der als maßgebliche Rechtssetzungseinrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004 (GMG) neu gebildet wurde, wird weiterentwickelt und in seinen Strukturen professionalisiert. Seine Aufgaben werden stärker sektorenübergreifend ausgerichtet und seine Entscheidungsabläufe transparenter gestaltet. Im Interesse der Straffung der Arbeitsprozesse wird die Zahl der Gremien im Gemeinsamen Bundesausschuss deutlich vermindert, um einen effizienteren Einsatz personeller und sachlicher Mittel sowie eine zügigere Entscheidungsfindung zu erreichen. Die mit dem GMG eingeführte Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss hat sich bewährt und wird unverändert beibehalten.

Absatz 1 Satz 1 nennt die Trägerorganisationen, die den Gemeinsamen Bundesausschuss bilden. An die Stelle der bisher in dieser Funktion für die Krankenkassen handelnden Bundesverbände, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie der Verbände der Ersatzkassen tritt zukünftig der neu zu gründende Spitzenverband der Krankenkassen Bund. Er vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Bündelung der Vertretung der Krankenkassen durch einen Spitzenverband schafft eine maßgebliche Voraussetzung für eine deutlich schlankere Gremienstruktur des Gemeinsamen Bundesausschusses. Satz 3 stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss, der nach Satz 2 Rechtsfähigkeit besitzt, im Rechtsverkehr durch den unparteiischen Vorsitzenden des Beschlussgremiums nach Absatz 2 Satz 1 vertreten wird.

Die Regelungen in Absatz 2 beinhalten mit der Bildung eines einzigen Beschlussgremiums mit hauptamtlichen Mitgliedern den Kern der Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das Gremium ersetzt die bisher vorgesehenen sechs Beschlussgremien, die mit jeweils 21 Mitgliedern aus unterschiedlichen Organisationen besetzt waren, und hat zukünftig alle Entscheidungen zur Aufgabenerfüllung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu treffen. Das Beschlussgremium besteht nach Satz 1 insgesamt aus neun stimmberechtigten Personen (drei Unparteiische, drei vom Spitzenverband der Krankenkassen vorgeschlagene sowie drei gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagene Mitglieder). Die Benennungsrechte für die Mitglieder des Beschlussgremiums sind unterschiedlich ausgestaltet. Drei Mitglieder werden nach Satz 1 vom Spitzenverband der Krankenkassen vorgeschlagen, drei weitere Mitglieder von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam. Die genannten Organisationen der Leistungserbringer haben sich damit auf drei Mitglieder zu einigen. Dies macht es erforderlich, dass bei der Auswahl der Personen unabhängig von einer strikten Repräsentanz der Organisationen vor allem das weite Spektrum der im Beschlussgremium zu treffenden Entscheidungen zu berücksichtigen ist. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden und der zwei weiteren unparteiischen Mitglieder ist in Satz 2 geregelt. Im Interesse einer möglichst breiten Akzeptanz der Unparteiischen, deren Stellung nach diesem Gesetz gestärkt ist, sollen sich die Verbände nach Absatz 1 Satz 1 über die Auswahl der Unparteiischen einigen. Ist eine solche Einigung nicht möglich, benennt das Bundesministerium für Gesundheit nach Satz 3 im Benehmen mit den in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbänden die Unparteiischen. Als hauptamtliche Mitglieder des Beschlussgremiums vorgeschlagen werden können auch sachverständige Personen, die bisher keiner der Trägerorganisationen nach Absatz 1 Satz 1 angehören. Bei der Besetzung des Beschlussgremiums haben die Beteiligten nach Maßgabe des Bundesgremienbesetzungsgesetzes darauf hinzuwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern erreicht wird. Mit Ausnahme der Unparteiischen nehmen die Mitglieder des Beschlussgremiums nach Satz 4 ihr Amt im Gemeinsamen Bundesausschuss hauptamtlich wahr. Anders als bisher haben die Mitglieder des Beschlussgremiums für die Tätigkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss zukünftig grundsätzlich ihre volle Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen. Sie sind in dieser Funktion nicht für die sie vorschlagenden Organisationen tätig, sondern stehen nach Satz 5 während ihrer Amtszeit in Diensten des Gemeinsamen Bundesausschusses und erhalten hierfür einen befristeten Anstellungsvertrag. Weisungsbefugnisse lassen sich

aus dem Anstellungsverhältnis für den Gemeinsamen Bundesausschuss in Bezug auf die Entscheidungen der Hauptamtlichen im Beschlussgremium wegen der Bestimmung des Satzes 5 zweiter Halbsatz nicht herleiten. Diese Regelung stellt klar, dass die Mitglieder des Beschlussgremiums bei ihren Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss weisungsunabhängig sind. Die Hauptamtlichen verrichten ihre Tätigkeit in räumlichem Zusammenhang mit der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses und werden auch durch sie verwaltet. Die Einführung der Hauptamtlichkeit für die Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses hat mehrere Zielrichtungen. Sie dient zunächst der Konzentration der Entscheider auf die Aufgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss und erhöht damit die Professionalität der Arbeit gegenüber der bisherigen „neben- bzw. ehrenamtlichen“ Tätigkeit. Da nur noch ein einziges Beschlussgremium existiert, ist für dessen Mitglieder darüber hinaus von einer Arbeitsverdichtung auszugehen, die ohne den Einsatz der vollen Arbeitskraft gar nicht zu bewältigen ist. Dadurch, dass das Beschlussgremium die Entscheidungen in allen Aufgabenbereichen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu treffen hat, wird das sektorenübergreifende Verständnis und der Blick für die Belange des Gesamtsystems geschärft. Die durch die Hauptamtlichkeit zusätzlich bewirkte stärkere Loslösung von den Interessenlagen der „Bänke“ im Gemeinsamen Bundesausschuss unterstützt sachbezogenere und weniger interessengeleitete Entscheidungen. Nach Satz 6 ist die Amtszeit eines Mitgliedes – auch die eines Unparteiischen – auf zwei vierjährige Amtsperioden begrenzt. Für die zweite Amtszeit muss der Hauptamtliche erneut benannt werden. Satz 7 trifft die Regelungen zur Einsetzung der Hauptamtlichen des Beschlussgremiums in ihr Amt.

Nach Absatz 3 Satz 1 werden die Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich der Personalkosten für die Hauptamtlichen des Beschlussgremiums zukünftig vollständig in entsprechender Anwendung des § 139c Abs. 1 finanziert. Diese Finanzierung der Hauptamtlichen ist insbesondere vor dem Hintergrund ihrer zu gewährleistenden Unabhängigkeit geboten. Darüber hinaus ermöglicht die Finanzierung aus Zuschlägen und Vergütungsanteilen die sinnvolle einheitliche Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder. Durch die Einführung der Hauptamtlichkeit im Beschlussgremium und die Finanzierung analog § 139c entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung voraussichtlich Kosten in Höhe von rd. 1 Mio. Euro jährlich. Diese setzen sich aus Personalkosten für die Hauptamtlichen, zusätzlich notwendige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Sach-, Verwaltungs- und Reisekosten zusammen. Diesen zusätzlichen Kosten stehen allerdings nicht genau bezifferbare Ersparnisse durch entfallende Sitzungs- und Reisekosten der rd. 120 Personen, die in den bisherigen sechs Entscheidungsgremien mitgearbeitet haben, gegenüber. Nicht bezifferbar ist auch der erhebliche wirtschaftliche Nutzen, welcher der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch entsteht, dass Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss effizienter getroffen werden können. Satz 2 enthält im Hinblick auf die Vielzahl der auch zukünftig zu regelnden Detailfragen im Zusammenhang mit der Bildung und Arbeit des Beschlussgremiums und der Organisation der Gremienarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Rechtsverordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates. Die Ermächtigung umfasst insbesondere die Regelung von Einzelheiten, die mit Stellung und Funktion der hauptamtlichen Mitglieder im Beschlussgremium zusammenhängen, die die Durchführung der Aufgaben dieses Beschlussgremiums sowie die Organisation der Gremienarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss betreffen. Geregelt werden sollen insbesondere auch Einzelheiten zur Zusammenarbeit des Beschlussgremiums mit der Geschäftstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Näheres zur Beteiligung der Hauptamtlichen bei der Vorbereitung der Beschlussvorlagen in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen. Durch die Rechtsverordnung soll zudem sichergestellt werden, dass bei der vorbereitenden Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss Vertreterinnen und Vertreter der jeweils betroffenen Versorgungsbereiche angemessen einbezogen werden, da die bereichsspezifische Besetzung der früheren Beschlussgremien entfallen ist. In der Gremienarbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses soll der sachgerechte Interessenausgleich der Gemeinsamen Selbstverwaltung gewährleistet und die Expertise der Selbstverwaltungsinstitutionen genutzt werden. Die Rechtsverordnung soll deshalb auch Regelungen zur Hinzuziehung weiterer Fachleute aus den Trägerorganisationen sowie externer Sachverständiger z. B. im Rahmen fachbezogener Arbeits- oder Themengruppen enthalten. Die in der Ermächtigung ausdrücklich genannten Regelungsinhalte der Rechtsverordnung sind nicht abschließend. Die Vorgaben der Rechtsverordnung gehen Regelungen der Verfahrensordnung und der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Nach Satz 3 ist den Trägerorganisationen des Ausschusses sowie den Patientenorganisationen bei der Erarbeitung der Rechtsverordnung ein Stellungnahmerecht eingeräumt. Satz 4 stellt klar, dass insbesondere für die nicht hauptamtlichen Unparteiischen die finanziellen Regelungen der sog. Ausschussmitgliederverordnung nach § 90 Abs. 3 Satz 4 gelten.

Absatz 4 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss im Interesse der Transparenz und zur Konkretisierung der Grundlagen seiner Tätigkeit eine Verfahrensordnung und eine Geschäftsordnung zu beschließen. Darüber hinaus werden eine Reihe von in der Verfahrens- oder der Geschäftsordnung verbindlich festzulegenden Punkten vorgegeben, die im Wesentlichen aber den bisher bereits geltenden Regelungen entsprechen. Ergänzt wurden die Vorgaben für die Geschäftsordnung, die zukünftig auch Festlegungen zur Stellvertretung im Beschlussgremium enthalten muss. Zudem ist in Nummer 2 neu vorgeschrieben, dass die Einrichtung von Unterausschüssen zur Vorbereitung der Beschlussvorlagen für das Beschlussgremium möglichst sektorenübergreifend zu erfolgen hat. Dies ist insbesondere auch im Hinblick auf die Straffung der Gremienarbeit von Bedeutung, denn die Zahl der Gremien lässt sich dadurch deutlich reduzieren. Durch die Vermeidung von Mehrfachberatungen zu gleichen Themenstellungen in Gremien unterschiedlicher Versorgungsbereiche wird effizienter gearbeitet. Gleichzeitig sind stringentere und in sich geschlossenere Problemlösungen zu erwarten. Zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der Patientenvertretungen sind nach Satz 2 Regelungen in der Geschäftsordnung zu treffen, die insbesondere auch die neuen Gremienstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen haben. Nach Satz 3 sind die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung dem Bundes-

ministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur evidenzbasierten Patienteninformation in Bezug auf Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung, die bisher in diesem Zusammenhang geregelt waren (§ 91 Abs. 3 Satz 4 in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung), werden im Interesse einer Bündelung der Patienteninformationspflichten bei einer Stelle dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen übertragen.

In Absatz 5 ist das Stellungnahmerecht der Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene zu Beschlussthemen, die deren Berufsausübung berühren, geregelt. Durch die Bestimmung in Satz 2 ist sichergestellt, dass die besondere Beteiligung nach § 137 Abs. 3 Satz 7 in den dort geregelten Fällen Anwendung findet.

Absatz 6 enthält für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Entscheidungen nach § 137b und der Empfehlungen nach § 137f eine gesetzliche Geltungsanordnung, die die Beschlüsse sowohl für die Trägerorganisationen des Bundesausschusses, ihre Mitglieder und Mitgliedskassen als auch für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich macht.

Grundlegende Bestimmungen zur Beschlussfassung im Gemeinsamen Bundesausschuss sind in Absatz 7 geregelt. Satz 1 legt fest, dass die Beschlüsse des Beschlussgremiums mit der Mehrheit der Mitglieder gefasst werden, soweit die Geschäftsordnung nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 keine anderweitigen Regelungen trifft. Zu den Mitgliedern in diesem Sinne zählen auch der unparteiische Vorsitzende und die weiteren Unparteiischen des Beschlussgremiums. Durch die Bestimmung ist auch sichergestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss funktionsfähig ist, bis eine der Neuorganisation angepasste Geschäftsordnung vorliegt. Satz 2 gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss für die Bereiche Arzneimittelversorgung und Qualitätssicherung die strukturelle Vorgabe einer regelmäßig sektorenübergreifenden Beschlussfassung. Sektorbezogene Beschlüsse sind möglich, soweit sie aus fachlichen Gründen erforderlich sind. Die sektorenübergreifende Beschlussfassung im Bereich der Qualitätssicherung entspricht der mit diesem Gesetz vorgenommenen Neustrukturierung der Rechtsgrundlage für die Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137, die gleichermaßen sektorenübergreifend gestaltet ist. Satz 3 stellt den Unparteiischen im Beschlussgremium ein zusätzliches Gestaltungsinstrument zur Verfügung. Halten sie eine Beschlussvorlage einheitlich für nicht sachgerecht, z. B. weil sie die Interessen einer betroffenen Leistungserbringerseite unzureichend berücksichtigt, haben die Unparteiischen damit die Möglichkeit, dem Beschlussgremium einen alternativen Beschlussvorschlag vorzulegen. Das Beschlussgremium muss diesen Vorschlag nach Satz 4 bei seiner Entscheidung berücksichtigen; das bedeutet, es muss zumindest eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Beschlussvorschlag der Unparteiischen stattfinden. Die Regelung stärkt die Stellung der Unparteiischen und enthält ein potentielles Korrektiv für Konstellationen, in denen eine von einem Beschlussthema betroffene Seite sich mit ihren Argumenten bei der Erarbeitung einer Beschlussvorlage nicht ausreichend durchsetzen konnte. Satz 5 schreibt vor, dass die Sitzungen des Beschlussgremiums in der Regel öffentlich sein müssen; Ausnahmen sind danach möglich.

Nach Absatz 8 unterliegt der Gemeinsame Bundesausschuss – wie bisher – der allgemeinen Rechtsaufsicht nach den §§ 88, 89 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, die vom Bundesministerium für Gesundheit wahrgenommen wird. Für die Prüfungen der Richtlinien gelten weiterhin die besonderen Bestimmungen in § 94 und § 137c. Für den vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufzustellenden Haushaltsplan finden aufgrund der Verweisung auf § 67 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch die gleichen Regelungen Anwendung wie für Versicherungsträger.

Absatz 9 regelt den reibungslosen Übergang von der bisherigen zu der zukünftigen Organisationsstruktur des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Regelungen stellen sicher, dass der Gemeinsame Bundesausschuss während der Umstrukturierung vor allem im Hinblick auf die Richtliniensetzung funktionsfähig bleibt. Die Sätze 1 bis 3 nennen dafür einzelne Verfahrensschritte, die bei der Umstrukturierung in Bezug auf die Bildung des Beschlussgremiums mit hauptamtlichen Mitgliedern zu vollziehen sind und setzen für sie konkrete Zeitvorgaben. Satz 4 bestimmt, dass der bisherige Vorsitzende vorläufig die laufenden Geschäfte des Gemeinsamen Bundesausschusses weiterführt. Satz 5 legt fest, dass bis zur Bestellung des neuen Beschlussgremiums die Entscheidungsgremien in der Besetzung nach den bisherigen Regelungen die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses fassen.

Zu Nummer 14a (§ 115b Abs. 1, 2 und 4)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 15 (§ 116b)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 16 (§ 125)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstruktur.

Zu Nummer 17 (§ 126)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen. Da es sich bei der Abgabe der Empfehlung um eine wettbewerbsneutrale Aufgabe handelt, die kassenartenübergreifend einheitlich und gemeinsam wahrgenommen werden soll, ist diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übertragen.

Zu Nummer 18 (§ 127)

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen.

Zu Nummer 19 (§ 130a)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 20 (§ 132d)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Da die Festlegung der Anforderung an die Leistungserbringer der Palliativversorgung einheitlich zu gestalten ist, ist es sachgerecht, dass die Kompetenz zu deren Festlegung von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergeht.

Zu Nummer 21 (§133)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen.

Zu Nummer 22 (§ 134a)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 23 (§ 135)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Das nach dem bisherigen Recht den Spitzenverbänden der Krankenkassen (Bundesverbänden) eingeräumte Recht der Antragstellung nach Satz 1 soll zukünftig dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zustehen.

Zu Nummer 24 (§ 137d)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Die nach dem bisherigen Recht den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zugewiesene Aufgabe, Vereinbarungen zu den Anforderungen der Qualitätssicherung mit den jeweils zuständigen Verbänden der Leistungserbringer zu treffen, wird zukünftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen.

Zu Nummer 25 (§ 137f)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung der Organisationsstrukturen bei den Verbänden der Krankenkassen und beim Medizinischen Dienst.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Organisationsstruktur bei den Verbänden der Krankenkassen. Die Unterstützung der Mitgliedskassen bei dem Aufbau und der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen kann danach durch die Landesverbände der Krankenkassen sowie durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, welcher dann die Aufgaben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zukünftig übernehmen kann, soweit es sich um die Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben handelt, durchgeführt werden.

Zu Nummer 26 (§ 139)

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der Verbandsstrukturen. Da es sich bei der Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses um wettbewerbsneutrale Aufgaben handelt, die kassenartenübergreifend einheitlich und gemeinsam wahrgenommen werden müssen, sind diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übertragen.

Zu Nummer 27 (§ 140d)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 28 (§ 215)

Folgeänderung zur Neuorganisation der Verbände.

Zu Nummer 29 (§ 221)

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt auch heute noch eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind Fortführung und Ausbau der teilweisen Finanzierung der eingangs beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel. Auf diese Weise wird die gesetzliche Krankenversicherung auf eine langfristige stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Ab 2010 soll der Zuschuss weiter steigen. Der Gesetzgeber legt einen höheren Zuschuss für die Folgejahre fest.

Ab dem Jahr 2009 wird der Bundeszuschuss in monatlichen Teilbeträgen jeweils am ersten Bankarbeitstag an den Fonds gezahlt. Mit dessen Einführung wird zugleich das bisherige Abrechnungsverfahren der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt zur Verteilung der Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen entbehrlich.

Zu Nummer 29a (§ 241)

Die Änderungen tragen der ab 2009 erfolgenden Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes durch Rechtsverordnung Rechung. Sofern nach der erstmaligen Festschreibung Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes notwendig werden, soll nach dem neuen Absatz 2 der allgemeine Beitragssatz jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt werden. Unterjährige Veränderungen des Beitragssatzes sind nur dann möglich, wenn die Finanzsituation der Krankenkassen durch besondere Ereignisse (zum Beispiel Pandemien, Naturkatastrophen) derart belastet wird, dass eine Anpassung des Beitragssatzes unumgänglich ist und nicht durch die Liquiditätsreserve und die Zuschüsse des Bundes ausgeglichen werden kann.

Zu Nummer 29b (§ 243)

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (vgl. § 44 Abs. 2) gilt der ermäßigte Beitragssatz.

Die Krankenkassen haben ihren Mitgliedern jedoch im Rahmen der ihnen im neuen § 53 eingeräumten Gestaltungsfreiheit Tarife anzubieten, die insbesondere einen sofortigen Anspruch auf Krankengeld beinhalten. Die Mitglieder entscheiden somit eigenständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall. Insbesondere bei kurzzeitigen Beschäftigungen wird hier ein Missbrauchspotenzial ausgeschlossen.

Die bisherige Vorschrift zu einem erhöhten Beitragssatz ist entbehrlich.

In den Fällen der ermäßigten Beitragsbemessungsgrundlage des § 240 Abs. 4a, der „Anwartschaftsversicherung“, findet nach wie vor der allgemeine Beitragssatz Anwendung.

Der bisherige Absatz 2 Satz 2, der Beitragsabstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Familienversicherten ausgeschlossen hat, ist durch die Definition des Personenkreises, für den der ermäßigte Beitragssatz Anwendung findet, entbehrlich.

Zu Nummer 29c (§ 249)

Folgeregelung zu § 241. Durch die Festlegung der Beitragssätze zum 1. Januar 2009 geht der bislang vom Mitglied allein zu tragende zusätzliche Beitragssatz im allgemeinen Beitragssatz auf. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bleibt dennoch im gleichen Verhältnis bestehen.

Die Einfügung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 ist eine Folgeregelung zur Änderung dieser Vorschrift. Bisher nicht oder nicht mehr krankenversicherte Arbeitnehmer, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 (wieder) in die GKV aufgenommen werden, werden hinsichtlich der hälftigen Beitragstragung durch den Arbeitgeber für die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Beitragsanteile den versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 gleichgestellt. Bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen bleibt es bei der Sonderregelung des § 249b. Soweit versicherungspflichtig Beschäftigte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 sonstige Einkünfte erzielen, die bei der Ermittlung ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nach § 240 Berücksichtigung finden, sowie bei sonstigen Personen, die unter die Neuregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 fallen, also insbesondere bei Selbständigen, bleibt es bei der Grundregel, dass der Beitragspflichtige die Beiträge auch zu tragen hat.

Zu Nummer 30 (§ 267)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes. Aufgrund des Wegfalls des Finanzkraftausgleichs kann zukünftig bei der Durchführung des Risikostrukturausgleichs auf die Übermittlung der Rentensumme der Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenkassen verzichtet werden. Hieraus ergeben sich für diesen Absatz redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 31 (§ 313a)

Die rechtskreisgetrennte Erhebung der für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlichen Daten ist nach dem Erreichen der letzten Stufe des vollständigen rechtskreisübergreifenden Risikostrukturausgleichs nicht mehr erforderlich, sodass die entsprechende Regelung aufgehoben werden kann.

Zu Artikel 3 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der Ergänzung des § 45 Abs. 2 des Zweiten Buches wird der Einigungsstelle die Möglichkeit gegeben, als Sachverständigen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in geeigneten Fällen bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit hinzuzuziehen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 207a

Folgeänderung zur Änderung der §§ 241, 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Künftig gilt ein einheitlicher, jeweils für die Dauer eines Kalenderjahres festgelegter allgemeiner Beitragssatz für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung; eine Feststellung des durchschnittlichen Beitragssatzes erfolgt dementsprechend nicht mehr. Die Festlegung einer fiktiven Geltungsdauer entfällt.

Zu Artikel 5 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 23)

Folgeregelung zur Änderung der §§ 194 und 217f SGB V. Mit Einrichtung des Fonds geht die bisher bei den Einzelkassen angesiedelte Kompetenz zur Regelung von Fälligkeit und Zahlung der Beiträge auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über. Regelungen zum Zusatzbeitrag verbleiben in der Zuständigkeit der einzelnen Krankenkassen.

Zu Nummer 1a (§ 24)

Aufgrund § 191 Nr. 3 SGB V endet bislang die freiwillige Mitgliedschaft, wenn zweimal am Zahltag die freiwilligen Beiträge nicht entrichtet wurden. Durch die Aufhebung dieser Vorschrift bleiben künftig freiwillige Mitglieder dauerhaft in der GKV versichert, ohne dass die Nichtzahlung von Beiträgen die Mitgliedschaft beendet. Die Einzugsstelle kann lediglich im Wege der regulären Vollstreckung Beiträge eintreiben.

Zur Durchsetzung der Verpflichtung der Beitragszahlung ist die schuldhafte Nichtzahlung der Beiträge künftig mit einem höheren Säumniszuschlag zu versehen. Dies ist schon allein deshalb erforderlich, weil Einnahmeausfälle von der Versichertengemeinschaft auszugleichen sind. Die Sanktion durch Säumniszuschläge in Höhe von bisher einem Prozent ist nicht ausreichend.

Gleiches gilt für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind und ihre Beiträge nach § 250 Abs. 3 SGB V selbst zu tragen und dementsprechend nach § 252 Abs. 1 SGB V zu zahlen haben.

Zu Nummer 2 (§ 28b)

Redaktionelle Anpassung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 3 (§ 28f)

Bis zum 1. Januar 2011 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzuges erhalten. Ab dem 1. Januar 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an die zuständigen Träger, die auf Richtigkeit geprüften Beitragsnachweise und Meldungen an die zuständigen Krankenkassen weiter. Der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt Kriterien zur Benennung und Verteilung der beauftragten Stellen fest.

Zu Nummer 4 (§ 28k)

Zu Buchstabe a

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind taggleich weiterzuleiten.

Zu Buchstabe b

Die Zahlung der Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt direkt an den Gesundheitsfonds.

Zu Nummer 5 (§ 28l)

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Nachfolge für die Spitzenverbände der Krankenkassen die Verpflichtungen aus dem bisherigen § 28l gegenüber den anderen Sozialversicherungsträgern und seinen Krankenkassen übernimmt.

Zu Nummer 6 (§ 28n)

Da der Gesundheitsfonds beim Bundesversicherungsamt Empfänger der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sein wird, ist er mit in die Aufzählung der Stellen aufzunehmen, an die Beiträge weitergeleitet oder mit denen Beiträge abgerechnet werden.

Zu Nummer 7 (§ 28q)

Folgeänderung zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen.

Zu Nummer 8 (§ 44 Abs. 1)

Mit Rücksicht auf die an der Fusion oder Gründung beteiligten Institutionen bedarf es eines einheitlichen Vertretungsrechts in den Organen der Krankenkassen und Institutionen.

Zu Nummer 9 (§ 69)

Das in der Rentenversicherung bewährte Benchmarking wird auf die Träger der Krankenversicherung ausgedehnt.

Zu Nummer 10 (§ 117)

Der Bund trägt über die Defizitdeckung bei der Bundesknappschaft aus historischen Gründen die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner. Zuletzt mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2006 war eine schrittweise Reduzierung der Beteiligung des Bundes an den Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vorgesehen. Die Beteiligung hätte im Jahr 2007 noch 40 Prozent betragen und wäre in den folgenden Jahren schrittweise um jeweils 10 Prozentpunkte gesunken.

Da die knappschaftliche Krankenversicherung vom 1. April 2007 an für den Wettbewerb geöffnet wird, ist es sachgerecht, dass sie ab diesem Zeitpunkt in vollem Umfang die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner übernimmt. Am Ende vom 1. Januar 2007 bis 31. März 2007 liegt demgemäß die Höhe der Beteiligung des Bundes noch bei 40 Prozent.

Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 106)

Folgeregelung zu den §§ 241, 247, 249 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Durch die Festlegung der Beitragssätze zum 1. Juli 2008 gibt es nur noch einen einheitlichen allgemeinen Beitragssatz. Der bislang vom Mitglied allein zu tragende zusätzliche Beitragssatz geht im allgemeinen Beitragssatz auf. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Mitglied und Rentenversicherungsträger bleibt im bisherigen Verhältnis bestehen.

Die Regelung, dass Beitragssatzveränderungen für versicherungspflichtige Rentner mit einer zeitlichen Verzögerung von 3 Monaten gelten, entfällt. Die Rechtsverordnung nach § 241 wird mit einer entsprechenden Vorlaufzeit bekannt gegeben, so dass die Rentenversicherungsträger in der Lage sein werden, ihre Datenverarbeitung anzupassen. Der Verweisung auf § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedarf es deshalb nicht mehr.

Zu Nummer 2 (§ 154)

Folgeänderung zu den §§ 241 und 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 3 (§ 163)

Folgeänderung zu den §§ 241 und 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 7 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 20)

Zu Buchstabe a

Ziel dieser Regelung ist, die Qualität der stationären Rehabilitation in den Vertragseinrichtungen aller Rehabilitationsträger zu stärken und die erfolgreiche Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements anhand einheitlicher Indikatoren zu bewerten. Dazu werden die stationären Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, sich an dem unabhängigen Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2 zu beteiligen.

Zu Buchstabe b

Als Grundlage eines einheitlichen Zertifizierungsverfahrens haben die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Nr. 1 und 3 bis 5 die wesentlichen von allen stationären Einrichtungen anzuwendenden Verfahren und Maßnahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements festzulegen. Darauf aufbauend ist ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren für stationäre Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbaren, durch das gewährleistet wird, dass die Einrichtungen die Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement erfüllen und sich kontinuierlich um eine Qualitätsverbesserung insbesondere der Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen bemühen. Durch eine solche, von einer unabhängigen Institution durchgeführte Zertifizierung, wird die Transparenz über die Qualitätsbemühungen gestärkt und die Orientierung von Nutzerinnen und Nutzern erleichtert. Die Vereinbarungspartner haben auch zu bestimmen, in welchen Abständen eine solche Zertifizierung wiederholt werden

muss, um die Effizienz und Nachhaltigkeit des Qualitätsmanagements zu belegen. Darüber hinaus haben sie auch festzulegen, welche Anforderungen eine unabhängige Institution für die Durchführung der Zertifizierung zu erfüllen hat. Nach Satz 2 ist den maßgeblichen Interessenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt, damit deren Belange angemessen berücksichtigt werden können.

Zu Nummer 2 (§ 21)

Die Ergänzung dient der Durchsetzung der unabhängigen Zertifizierung nach § 20 Abs. 2a Satz 1, indem sie vorschreibt, dass nur zertifizierte Einrichtungen weiter als Vertragseinrichtungen der Rehabilitationsträger in Betracht kommen. Nicht zertifizierten Einrichtungen ist der Vertrag nach Satz 1 zu kündigen.

Zu Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die neuen Regelungen angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 4 (§ 15)

Die Regelung stellt zum einen sicher, dass krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen bei der Begutachtung Berücksichtigung finden können. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 30. Oktober 2001 – B 3 KR 2/01 R) zählen krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen dann zum Grundpflegebedarf nach § 14 Abs. 4, wenn es sich um eine Maßnahme handelt, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 Abs. 4 ist, oder wenn sie mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang durchzuführen ist. Zum anderen wird sichergestellt, dass dies auch dann gilt, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Hierbei geht es insbesondere um:

- das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2,
- eine oro/tracheale Sekretabsaugung,
- das Einreiben mit Dermatika,
- die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs,
- die Einmalkatheterisierung,
- das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf.

Eine Berücksichtigung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen beim Grundpflegebedarf nach den §§ 14, 15 SGB XI steht dem Leistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht entgegen. Die vom Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 17. März 2005 (Az.: B 3 KR 9/04 R) kritisierte parallele Zuständigkeit sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung – also die Zuständigkeit zweier Sozialversicherungsträger – ist vorliegend ausnahmsweise zur befriedigenden und vermittelbaren Beseitigung von Schnittstellenproblemen geboten. Sie ist in den Auswirkungen wegen des nur kleinen Kreises Begünstigter nicht so gravierend, dass die Doppelzuständigkeit als unvereinbar mit dem Wesen der Sozialversicherung anzusehen ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass § 37 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch uneingeschränkt weiter gilt und somit eine Leistungspflicht der GKV in vielen Fällen ohnehin nicht gegeben ist. Die das Fünfte und das Elfte Buch Sozialgesetzbuch übergreifende Regelung ist verwaltungs- und versichertenfreundlicher als die Umsetzung der „Wahlrechtsentscheidung“ des BSG. Sie vermeidet erheblich größeren Verwaltungsaufwand bei der Beratung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen durch die Kassen bzw. den MDK, ob und unter welchen Voraussetzungen es sich „lohnt“, vom Wahlrecht Gebrauch zu machen. Der Vorschlag vermeidet auf Seiten des Pflegebedürftigen, sich mit einer komplexen bzw. sehr abstrakten Sach- und Rechtslage des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Pflegeleistungen von Familien- bzw. Haushaltsangehörigen vertraut zu machen sowie deren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung bezogen auf den konkreten Fall nachzuvollziehen.

Zudem besteht die mögliche zweifache Zuständigkeit nur bei einem Teil der Pflegebedürftigen mit krankheitsspezifischem Hilfebedarf und zwar dann, wenn durch die Berücksichtigung des krankheitsspezifischen Hilfebedarfs bei der Begutachtung nach § 18 SGB XI überhaupt erst eine Pflegestufe oder eine höhere Pflegestufe erreicht wird und die Regelung des § 37 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht greift. Nur in diesen verhältnismäßig wenigen Fällen kommen theoretisch Leistungen für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen aus zwei Versicherungszweigen in Betracht. Dennoch führt die Doppelzuständigkeit im Einzelfall nicht zu einer tatsächlichen Doppelleistung für denselben Hilfebedarf: Wer die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach dem Fünften Buch erhält, wird sie nicht gleichzeitig als Leistung der Pflegeversicherung erhalten können, weil ein ambulanter Pflegedienst nicht zweimal denselben Sachverhalt mit Rechnung gegenüber der Krankenkasse als Leistung nach § 37 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und als Leistung der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 36 SGB XI gegenüber der Pflegekasse abrechnen kann und darf. Dies wird durch eine Ergänzung des § 36 Abs. 2 SGB XI klargestellt. Es ist demnach im Bereich der Sachleistung ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige etwas Überflüssiges oder etwas Doppeltes erhält. Sofern der Pflegebedürftige das Pflegegeld in Anspruch nimmt, ist eine tatsächliche Doppelleistung

ebenfalls nicht oder – wegen der geringen Höhe des Pflegegeldes – allenfalls in einem unbedeutenden Umfang zu erwarten. Bei dem Pflegegeld nach § 37 SGB XI handelt es sich um eine Pauschale, bei der der Pflegebedürftige in der Verwendung letztlich ungebunden ist. Er kann sie insbesondere als Anerkennung für Versorgungsleistungen an einen Angehörigen ganz oder teilweise weiterreichen. Das Pflegegeld ist von seiner Zweckrichtung im Regelfall mithin kein Äquivalent für die SGB-V-Sachleistung bei krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen und folglich auch keine Doppelleistung. Selbst wenn der Bezug des Pflegegeldes durch die Berücksichtigung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen erst möglich wird oder höher ausfällt, dürfte es sich hier wegen der Notwendigkeit auch den sonstigen grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfebedarf mit dem Pflegegeld selbst sicherzustellen, allenfalls um eine Doppelleistung in geringer Höhe handeln, die aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität und im Interesse des Pflegebedürftigen hingenommen werden kann.

Gegen die vom Bundessozialgericht für die Schnittstellen präferierte Lösung, wonach der Pflegebedürftige indirekt mit der Entscheidung für Pflegesachleistungen oder Pflegegeld über eine Zuordnung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zur Grundpflege entscheidet (Wahlrecht des Pflegebedürftigen), bestehen auch im Übrigen Bedenken: Pflegebedürftige sind kranke oder behinderte Menschen, die in der Regel mit der Bewältigung des Alltags großen Herausforderungen ausgesetzt sind. Angesichts ihrer schwierigen Lebenslage und angesichts der Komplexität der Materie ist es nicht sinnvoll, für die Betroffenen zusätzlich eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich Leistungen der Krankenversicherung oder Leistungen der Pflegeversicherung zu schaffen. Vielmehr ist es geboten, das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung klar und eindeutig zu regeln. Hierdurch wird zusätzlicher und unnötiger Beratungsbedarf – im Gegensatz zur Wahlrechtsentscheidung des BSG – vermieden.

Für die Regelung spricht auch ein Zugewinn an Rechtssicherheit für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige, die die krankheitsspezifische Pflegemaßnahme nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch bei ambulanter Pflege erhalten, haben so die Sicherheit, dass sie die gleiche Pflegestufe behalten, wenn sie in stationäre Pflege wechseln und die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen dann nicht mehr nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden. Dies vermeidet, dass Pflegebedürftige bei einem Wechsel ins Pflegeheim neu begutachtet und unter Berücksichtigung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen evtl. einer höheren Pflegestufe zugeordnet werden müssen. Eine höhere Einstufung würde in vielen Fällen zu einer vom Pflegebedürftigen nicht erwarteten höheren Eigenbelastung im Pflegeheim führen. Für eine durchgängige Berücksichtigung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit spricht also auch, dass damit eine einheitliche Begutachtung der Pflegebedürftigkeit sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege erhalten bleibt. Zugleich bleibt auch die einheitliche Begutachtung bei privat Pflegeversicherten erhalten, unabhängig davon, ob sie die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auf der Grundlage ihres privaten Krankenversicherungsvertrages im Einzelfall erhalten können.

Die Versichertengemeinschaften der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden im Ergebnis durch die Berücksichtigung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Fünften und im Elften Buch Sozialgesetzbuch nicht nennenswert mehrbelastet, vielmehr wird durch die Doppelzuständigkeit ein schwieriger Abgrenzungs- und Problembereich im Verhältnis der GKV zur sozialen Pflegeversicherung befriedigend und vermittelbar beseitigt.

Zu Nummer 5 (§ 17)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen sowie um eine sprachliche Präzisierung der Zielsetzung der Vorschrift.

Zu Nummer 6 (§ 20)

Entsprechend dem Grundsatz Pflege- folgt Krankenversicherung wird auch in der sozialen Pflegeversicherung ein neuer Versicherungspflichttatbestand eingeführt, um bisher nicht krankenversicherte Personen auch in die soziale Pflegeversicherung einzubeziehen.

Zu Nummer 7 (§ 33a)

Folgeänderung zur Regelung des § 52a des Fünften Buches entsprechend dem Grundsatz Pflege- folgt Krankenversicherung.

Zu Nummer 8 (§ 36)

Die Änderung stellt klar, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nicht doppelt durch Kranken- und Pflegeversicherung erbracht bzw. vergütet werden.

Zu Nummer 9 (§ 37)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 10 (§ 40)

Ebenso wie in § 78 werden hier Änderungen zur Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend für die Pflegehilfsmittelversorgung durch die Pflegeversicherung übernommen. Dies geschieht durch eine angepasste Übernahme der Regelung in § 33 Abs. 1 letzter Satz des Fünften Buches sowie durch Bezugnahme auf § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches. Zu den Mehrkosten, die der Pflegebedürftige selbst tragen muss, gehören z. B. die Kosten für eine Holzverkleidung an einem Pflegebett.

Zu Nummer 11 (§ 41)

Die mehrfach verlängerte befristet geltende Übergangsregelung, dass die Pflegekassen im Rahmen der gedeckelten Leistungsbeträge neben den pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege und den Aufwendungen für soziale Betreuung auch für die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege aufkommen, wird nunmehr als Dauerrecht vorgesehen. Die Krankenkassen, die damit von zusätzlichen finanziellen Belastungen verschont werden, verbessern da-

für im Gegenzug ihre Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Zu Nummer 12 (§ 42)

Die Ausführungen zu Nummer 11 (§ 41) gelten entsprechend.

Zu Nummer 13 (§ 43)

Die Ausführungen zu Nummer 11 (§ 41) betreffend die medizinische Behandlungspflege gelten entsprechend. Die pauschalen Leistungsbeträge nach dem bisherigen Absatz 5 sollen über den 30. Juni 2007 hinaus gelten.

Zu Nummer 14 (§ 43a)

Auf die Ausführungen zu Nummer 11 (§ 41) wird verwiesen.

Zu Nummer 15 (§ 44)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 16 (§ 45)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen. Im Hinblick auf die generelle Regelung in § 52 Abs. 4 des Elften Buches ist eine gesonderte Erwähnung der Mitwirkung der Ersatzkassen auf der Ebene der Landesverbände in den Einzelvorschriften nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 17 (§ 45a)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 18 (§ 45c)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 19 (§ 46)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Im Fünften Buch wird verstärkt eine Finanzierung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durch den jeweiligen Nutzer vorgesehen. Die Regelung stellt klar, dass die soziale Pflegeversicherung sich nicht an den Kosten der MDK beteiligt, soweit diese bereits durch die Nutzerfinanzierung gedeckt sind, sondern nur an den umlagefinanzierten Kosten des MDK.

Zu Nummer 20 (§ 47)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 194 Abs. 1 Nr. 4 des Fünften Buches. Die Satzungsautonomie zur Regelung der Fälligkeit und Zahlung der Beiträge durch die Pflegekassen fällt weg. Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten nach § 23 Abs. 1 des Vierten Buches auch für die soziale Pflegeversicherung die Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.

Zu Nummer 21 (§ 47a)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 22 (§ 49)

Zu Buchstabe a

Die Regelung nimmt für den Beginn der Mitgliedschaft und die Erhebung rückständiger Beiträge auf die neu eingefügte Regelung im Fünften Buch Bezug. Für die Pflegeversicherung bleibt es allerdings bei der Regelung nach § 33 Abs. 1, dass es Leistungen nur auf Antrag und grundsätzlich erst ab Antragstellung gibt.

Zu Buchstabe b

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung in § 191 des Fünften Buches die bisherige Regelung gestrichen wird, dass eine freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des nächsten Zahltages endet, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden, wird die gleichlautende Vorschrift auch im Recht der sozialen Pflegeversicherung gestrichen.

Zu Nummer 23 (§ 52)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, dass es sich bei den in anderen Vorschriften dieses Buches genannten Landesverbänden um die in Absatz 1 aufgeführten Stellen handelt.

Zu Nummer 24 (§ 53)

Der neu geschaffene Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird für die soziale Pflegeversicherung tätig und in dieser Funktion als „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ bezeichnet.

Zu Nummer 25 (§ 53a)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 26 (§ 55)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 27 (§ 57)

Zu Buchstabe a

Die Änderung bewirkt, dass auch auf die im Fünften Buch neu eingefügte Regelung des § 227 Bezug genommen wird. § 227 des Fünften Buches betrifft die beitragspflichtigen Einnahmen von bisher nicht krankenversicherten Personen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung, weil es anstelle des bisherigen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung künftig einen einheitlichen allgemeinen Beitragssatz gibt.

Zu Nummer 28 (§ 58)

Die Einfügung von „Satz 2“ ist eine redaktionelle Korrektur, die Einfügung von „Nr. 12“ entspricht der Änderung zu § 249 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches.

Zu Nummer 29 (§ 59)

Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Die Regelung im Fünften Buch ist entsprechend dem Grundsatz „Pflege- folgt Krankenversicherung“ auch ins Elfte Buch, dort § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12, übernommen worden. Die Folgeänderung betrifft die Beitragstragung von Mitgliedern, die den neuen Versicherungspflichttatbestand in der Krankenversicherung erfüllen und bei denen sich die Beitragstragung nicht nach § 58 Abs. 1 richtet. Zudem wird die bisherige Verweisung in Absatz 1 Satz 1 auf § 250 Abs. 1 des Fünften Buches durch die Bezugnahme auch auf den wegen des Versicherungspflichttatbestandes neu eingefügten § 250 Abs. 3 des Fünften Buches ergänzt.

Zu Nummer 30 (§ 60)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung, da der bisherige Text des § 252 des Fünften Buches zu Absatz 1 dieser Vorschrift wird und der neue Absatz 1 Satz 2 – wie bisher – entsprechend auch im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung Anwendung findet.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen zur Einfügung des neuen Absatzes 2 in § 252 des Fünften Buches, der entsprechend auch im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung Anwendung findet.

Werden die Beiträge zur Pflegeversicherung gemäß § 60 Abs. 3 Satz 1 erste Alternative an die Krankenkassen gezahlt, leiten diese die Beiträge nach § 60 Abs. 3 Satz 2 unverzüglich an die Pflegekassen weiter. In dieser Fallkonstellation spielt der Gesundheitsfonds demzufolge keine Rolle.

§ 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches bestimmt, dass in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a des Fünften Buches die Beiträge zur Krankenversicherung direkt an den Gesundheitsfonds zu entrichten sind. In allen anderen Fällen erfolgt die Beitragszahlung gemäß Satz 2 an die nach § 28i des Vierten Buches zuständigen Einzugsstellen; dies sind die Krankenkassen. Sie leiten die gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds weiter.

Die Regelung des § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches wird durch § 60 Abs. 3 Satz 1 zweite Alternative folgerichtig auf die Pflegeversicherung übertragen, so dass die Beiträge zur Krankenversicherung und die Beiträge zur Pflegeversicherung wie bisher auch an die gleiche Stelle zu entrichten sind. Der Gesundheitsfonds leitet die Beiträge zur Pflegeversicherung sodann unverzüglich an den Ausgleichsfonds (§ 65) weiter.

Zu Nummer 31 (§ 65)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderungen zur Einfügung des neuen Absatzes 2 in § 252 des Fünften Buches, der entsprechend auch im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung Anwendung findet.

Zu Nummer 32 (§ 66)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 33 (§ 75)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 34 (§ 78)

Die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Hilfsmittelbereich werden im Kern in die soziale Pflegeversicherung übernommen. Deshalb erhalten auch die Pflegekassen die Möglichkeit, Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln mit dem Ziel zu vereinbaren, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Die Besonderheiten der Pflegeversicherung, wie zum Beispiel die Anhörung der Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses, bleiben erhalten. Vergleiche im Übrigen die Begründungen zu den §§ 36, 126, 127 und 139 des Fünften Buches.

Zu Nummer 35 (§ 80)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 36 (§ 81)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen. Die bisherigen Stimmverhältnisse bleiben trotz der organisationsrechtlichen Änderungen erhalten.

Zu Nummer 37 (§ 82)

In der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Bereich der ambulanten Krankenpflege nicht nur vorgesehen, den Begriff der Häuslichkeit auszuweiten. Die gesetzliche Krankenversicherung wird künftig auch die Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei stationär versorgten Pflegebedürftigen im Sinne von § 43 übernehmen, bei denen außergewöhnliche hohe Aufwendungen für die Behandlungspflege anfallen. Dieser Fall ist z. B. bei Wachkoma-

patienten und bei Apallikern im Pflegeheim gegeben. Die Krankenkassen haben mit den Pflegeeinrichtungen entsprechend § 132a Abs. 2 des Fünften Buches Verträge zu schließen. Hierbei werden oftmals die Voraussetzungen für die Anwendung des § 85 Abs. 7 gegeben sein, so dass die Vertragsparteien die Möglichkeit haben, zu Vergütungsverhandlungen aufzurufen.

Soweit die Krankenkasse die medizinische Behandlungspflege für diese in Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen in Form der Krankenpflege zu übernehmen hat, umfasst die Pflegevergütung nach dem Elften Buch insoweit nicht mehr die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege, da es ansonsten zu einer Doppelvergütung für die Aufwendungen der stationären Pflegeeinrichtungen käme.

Im Rahmen der Pflegevergütung wird damit weiterhin die pflegerische Versorgung, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege – mit Ausnahme der medizinischen Behandlungspflege, die zu Lasten der Krankenkassen nach § 37 des Fünften Buches erbracht wird – vergütet.

Zu Nummer 38 (§ 84)

Vergleiche die Begründung zur Änderung des § 82.

Zu Nummer 39 (§ 92a)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 40 (§ 92b)

Mit dieser Regelung wird die soziale Pflegeversicherung als weiterer Zweig der Sozialversicherung in die bislang auf die gesetzliche Krankenversicherung begrenzte integrierte Versorgung einbezogen.

Zu Absatz 1

Die neue übergreifende integrierte Versorgungsform soll die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die starren Grenzen zwischen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung überwunden und die Möglichkeiten einer intensiven Verzahnung der unterschiedlichen Leistungssysteme verbessert werden. So kann über die Möglichkeit der Krankenversicherung hinaus, Einrichtungen der Kurzzeitpflege im Rahmen der Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) zu nutzen, beispielsweise für Pflegebedürftige mit demenziellen oder depressiven Störungen im Alter die kontinuierliche Konsiliartätigkeit (vgl. hierzu das Modellprojekt Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger) in somatischen Krankenhäusern vereinbart werden, um die Rehabilitation deutlich zu verbessern und Drehtüreffekte zu vermeiden. Zu diesem Zweck erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, selbst initiativ zu werden und alle in Betracht kommenden Vertragspartner für integrierte Versorgungsformen unter Beteiligung der Pflege zu gewinnen. Darüber hinaus können sie den bereits nach den Regelungen des Fünften Buches geschlossenen Vereinbarungen zur integrierten Versorgung beitreten, wenn die Vertragsparteien dem Beitritt und den für die Einbeziehung der Pflege notwendigen Vertragsanpassungen zustimmen.

Zu Absatz 2

Den Pflegekassen wird durch die Möglichkeit zum Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen ein weitest mögliches Aktionsfeld zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung eingeräumt. Zu diesem Zweck dürfen sie innerhalb bestimmter Grenzen vom geltenden Vertrags- und Vergütungsrecht der sozialen Pflegeversicherung abweichen. Nicht zulässig ist es hingegen beispielsweise, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen einzuschränken oder die Qualitätsanforderungen der Pflegeversicherung abzusenken. Da die integrierte Versorgung primär zum Ziel hat, die Versorgungsqualität zu verbessern, ist es nicht nur zulässig, sondern auch erwünscht, wenn die Qualität der pflegerischen Versorgung angehoben wird.

Die Vergütung der Pflegeeinrichtungen wird im Rahmen der integrierten Versorgung nicht mehr durch die Pflegesatzparteien allein, sondern auch durch die Parteien der integrierten Versorgungsverträge bestimmt. Von daher können die üblichen Regelungen für die Festsetzung der Pflegevergütungen nicht mehr uneingeschränkt gelten. Es ist jedoch nicht zulässig, in den Pflegevergütungen Aufwendungen zu berücksichtigen, die nicht dem Zuständigkeitsbereich der sozialen Pflegeversicherung zuzurechnen sind. Dies würde eine Kostenverlagerung zu Lasten der Pflegeversicherten bewirken. Die Regelungen für die Festsetzung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Bestimmung über die Höhe der Investitionskostenumlagen und der Zuschläge für Zusatzleistungen nach § 88 sind weiterhin unverändert anzuwenden. Mehraufwendungen, die den Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung entstehen, sind über leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegesätzen in der stationären Versorgung (§ 85) bzw. zu den Vergütungen in der ambulanten Pflege (§ 89) gesondert zu vereinbaren und gesondert auszuweisen.

Zu Absatz 3

Durch diese Regelung wird gewährleistet, dass jeder Pflegebedürftige von seiner Pflegekasse verlangen kann, dass diese ihn im Rahmen ihrer gesetzlichen Pflicht umfassend über alle integrierten Versorgungsformen, an denen sich die Pflegekasse beteiligt, informiert. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch in der sozialen Pflegeversicherung die Teilnahme der einzelnen Versicherten an der integrierten Versorgung vom Grundsatz der Freiwilligkeit geprägt. Weder Pflege- oder Krankenkassen noch Pflegeeinrichtungen oder sonstige Beteiligte dürfen die Pflegebedürftigen zur Teilnahme an der integrierten Versorgung in unzulässiger Weise bestimmen oder sie daran hindern. Aufgabe der Beteiligten ist es allerdings, die Pflegebedürftigen oder ihre Betreuungspersonen umfassend und sachgerecht über den Inhalt der integrierten Versorgung in Kenntnis zu setzen.

Zu Nummer 41 (§ 94)

Mit der Ergänzung der Vorschrift wird es den Pflegekassen ermöglicht, zum Abschluss und zur Durchführung von Verträgen zur integrierten Versorgung personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Zu Nummer 42 (§ 104)

Mit der Ergänzung der Vorschrift werden die Leistungserbringer berechtigt und verpflichtet, zum Abschluss und zur

Durchführung von Verträgen zur integrierten Versorgung die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Daten aufzuzeichnen und ihnen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.

Zu Nummer 43 (§ 105)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 44 (§ 113)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Nummer 45 (§ 118)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Artikel 9 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen.

Zu Artikel 10 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Die neu eingeführte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie der ergänzend in der privaten Krankenversicherung einzuführende Basistarif erfordern eine Anpassung der Vorschrift für die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen durch die Träger der Sozialhilfe. Dazu wird § 32 SGB XII neu gefasst.

Im Absatz 1 wird die Beitragsübernahme um die neue Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erweitert. Danach sind von den Trägern der Sozialhilfe die Pflichtbeiträge für Personen zu übernehmen, die unabhängig von den aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu zahlenden Pflichtbeiträge hilfebedürftig sind. Ferner sind diese Pflichtbeiträge in dem zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlichen Umfang für Personen zu übernehmen, die nur durch die Zahlung der Pflichtbeiträge hilfebedürftig werden. Ergänzend wird die in den Fällen, wo der Träger der Sozialhilfe nur Pflichtbeiträge übernimmt und keine weiteren Leistungen gewährt, die Möglichkeit geschaffen, dass ein Träger der Sozialhilfe auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse die Pflichtbeiträge in voller Höhe und unmittelbar an die Krankenkasse zahlt, weil eine nach SGB XII leistungsberechtigte Person ihrer Zahlungspflicht nachweisbar nicht nachkommt und deshalb Beitragsschulden aufgelaufen sind. Die Leistungsberechtigten sind hiervon und von der Verpflichtung, einen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit von ihnen selbst zu tragenden Anteil am Krankenversicherungsbeitrag dem Sozialhilfeträger zurückzuzahlen, schriftlich zu unterrichten.

In Absatz 2 wird der Inhalt aus Absatz 2 der bisherigen Fassung von § 32 SGB XII übernommen, allerdings ausdrücklich beschränkt auf eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Übernahme eines Zusatzbeitrags für Mitglieder einer Krankenkasse nach § 242 SGB V durch die Träger der Sozialhilfe regelt Absatz 3.

Wie bereits nach geltendem Recht führt die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen nach Absatz 4 zur Übenahme der Beiträge zur Pflegeversicherung.

Zu Artikel 11 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Zu § 196

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 33 SGB V (Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c und e).

Zu Artikel 12 (Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten)

Zu Nummer 1 (§ 10)

Folgeänderung zur Änderung der §§ 241, 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Künftig gilt ein einheitlicher, jeweils für die Dauer eines Kalenderjahres festgelegter allgemeiner Beitragssatz für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, in dem auch der bisherige zusätzliche Beitragssatz enthalten ist. Eine Feststellung des durchschnittlichen Beitragssatzes erfolgt nicht mehr.

Zu Nummer 2 (§ 16 Abs. 1)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeregelung zum Wegfall des erhöhten Beitragssatzes nach § 242 SGB V (alt) zum 1. Januar 2009 und zur Einführung der Wahltarife (§ 53 SGB V), insbesondere des Anspruchs auf vorzeitiges Krankengeld nach § 46 Satz 3, § 53 Abs. 5 SGB V. Der bisherige § 16 Abs. 1 Satz 3 KSVG bezieht sich auf die Zahlungsfälligkeit an die Künstlersozialkasse (KSK). Der Wahltarif ist jedoch an die Krankenkasse und nicht wie bisher an die KSK zu zahlen (neuer Satz 3), so dass sich der bisherige Satz 3 ausschließlich auf Satz 1 bezieht.

Zu Buchstabe c

Klarstellung, dass der Versicherte bei Inanspruchnahme eines Wahltarifes nach § 53 SGB V die dafür erhobenen Zahlungen selbst zu tragen und an die Krankenkasse – statt bisher an die Künstlersozialversicherung – zu zahlen hat.

Zu Artikel 13 (Änderung des Bundesversorgungsgesetzes)

Die Formulierung dieser Vorschrift muss an die Neuformulierung der in Bezug genommenen Vorschrift des § 245 Abs. 1 Satz 1 durch Artikel 1 redaktionell angepasst werden.

Zu Artikel 14 (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Folgeänderung zur Änderung des Artikels 11.

Zu Artikel 15 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Die Maßnahmen dieses Gesetzes für die gesetzliche Krankenversicherung werden grundsätzlich wirkungsgleich auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung übertragen. Allerdings verbleibt es bei der Finanzierung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bei den gegenwärtigen Strukturen. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bestehen besondere Finanzierungsbedingungen. Die Beiträge der Mitglieder werden nicht in Form eines Beitragssatzes auf das Einkommen erhoben. Das Defizit der versicherten Rentner und Altenteiler wird wegen der Folgen des Strukturwandels in der Landwirtschaft in erheblichem Umfang aus Bundesmitteln finanziert. Daran wird unverändert festgehalten.

Zu Nummer 1 (§ 1)

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 10 ff. (Drittes Kapitel, Dritter Abschnitt).

Zu Nummer 2 (§ 2)

Zu Buchstabe a

Die Versicherungspflicht von Leistungsempfängern nach dem SGB II oder dem SGB III in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergibt sich bisher nur aus § 19 Abs. 2, also einer Vorschrift zur Organisation der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Im Zuge der Einbeziehung von Personen ohne Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall auch in die landwirtschaftliche Krankenversicherung (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 neu) wird eine systemkonforme Regelung zur Versicherungspflicht geschaffen. Dadurch wird auch bewirkt, dass eine Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 (neu) neben einem anderen Versicherungspflichttatbestand – z. B. als Landwirt nach Nummer 1 – entstehen kann; dies entspricht den geltenden Regelungen zur Versicherungspflicht im SGB V.

Hinsichtlich der Personen in § 2 Abs. 1 Nr. 7 handelt es sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 5).

Zu den Buchstaben b und c

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 2 (§ 5).

Zu Nummer 3 (§ 3)

Die Vorschrift enthält für die in § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 genannten Personen die notwendigen Konkurrenzregelungen zur Versicherungspflicht nach dem SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 3a)

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 3 (§ 6 Abs. 9).

Zu Nummer 5 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Anpassung an die für die Familienversicherung kraft Gesetzes geltende Regelung in § 10 SGB V.

Zu Buchstabe b

Die Verweisung ist gegenstandslos geworden und deshalb zu streichen.

Zu Nummer 6 (§ 8)

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 33 (§ 53) und Nr. 39 (§ 65a); von der Anwendung ausgenommen werden Vorschriften, die für die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht in Betracht kommen.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 30 (§ 44).

Zu Nummer 8 (§ 15)

Redaktionelle Berichtigung durch Anpassung an geänderte Vorschriften im SGB V.

Zu Nummer 9 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Anpassung an Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b); Klarstellung, dass auch die landwirtschaftlichen Krankenkassen für insolvenzfähig erklärt werden.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen sind durch Beseitigung der Rechtskreistrennung entbehrlich geworden.

Zu Nummer 10 (§ 19)

Folgeänderung zu Nummer 2 (§ 2 Abs. 1 Nr. 6 (neu)), mit der eine systemkonforme Regelung zur Versicherungspflicht geschaffen wird. Die Folgen der Versicherungspflicht werden in dem neuen § 20 geregelt; eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Nummer 11 (§ 20)

Die Vorschrift entspricht inhaltlich weitgehend dem bisherigen § 19 Abs. 2 Satz 2. Da es sich dabei um keine Vorschrift zur Zuständigkeit handelt, erfolgt zukünftig eine Regelung in einer eigenen Vorschrift (vgl. auch Begründung zu Nummer 10 (§ 19)).

Zu Nummer 12 (§ 21)

Folgeregelung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 172 (§ 254); da die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht in die geänderten Finanzierungsstrukturen der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wird, verbleibt es bei der Satzungsregelung.

Zu Nummer 13 (§ 22)

Folgeänderung zu Nummer 2 (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 (neu)).

Zu Nummer 14 (§ 23)

Redaktionelle Berichtigung durch Anpassung an § 189 SGB V.

Zu Nummer 15 (§ 24)

Klarstellung und Folgeänderung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 138 (§ 190 Abs. 3 und 13).

Zu Nummer 16 (§ 26)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift ist wegen des neuen Absatzes 3 erforderlich.

Zu Buchstabe b

Als Folge der gesetzlichen Festlegung des Beitragssatzes muss die Satzung der Krankenkassen nach dem SGB V keine Bestimmung mehr zu Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge enthalten; dem trägt die Änderung von § 194 Abs. 1 SGB V Rechnung. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gehören diese Bestimmungen aber auch künftig zum autonomen Recht.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 142 (Einfügung von § 197b). Die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben bereits eine Befugnis zur Aufgabenübertragung an Dritte (§ 18 Abs. 2 Satz 3 ff.); diese Befugnis erstreckt sich jedoch nur auf die laufenden Verwaltungsaufgaben. Durch die entsprechende Anwendung von § 197b SGB V dürfen auch andere Aufgaben nach Maßgabe der Voraussetzungen dieser Vorschrift übertragen werden.

Zu Nummer 17 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Die Regelung zur Ausgabenobergrenze bei den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung stellt auf die Gesamtausgaben ab. Beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind in den Gesamtausgaben jedoch die an die einzelnen landwirtschaftlichen Krankenkassen weiterzuleitenden Zahlungen des Bundes nach § 37 Abs. 2 und 3 enthalten; diese belaufen sich auf über 99 Prozent der Ausgaben des Verbandes. Schwankungen der auf gesetzlicher Grundlage beruhenden Zahlungen des Bundes sind durch den Verband nicht zu beeinflussen. Zielsetzung der Regelung in § 4 Abs. 4 Satz 9 ist es, eine Belastung der Verwaltungskostenbudgets der Krankenkassen durch überproportional hohe Umlagen an ihre Verbände zu vermeiden. Diesem Ziel soll durch die Änderung auch im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Rechnung getragen werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Erweiterung der Aufgaben des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen durch die genannten Vorschriften.

Zu Nummer 18 (§ 37)

Folgeänderung zur Einführung des Solidarzuschlages der aktiven Mitglieder in § 38 Abs. 4 (vgl. Nummer 19).

Zu Nummer 19 (§ 38)

Zu den Buchstaben a und b

Der geänderten Finanzierung der allgemeinen gesetzlichen Krankenkassen tragen die Änderungen zur Aufbringung der Mittel in § 220 SGB V Rechnung. Die bisherige Verweisung auf diese Vorschrift in § 38 KVLG 1989 kann daher nicht beibehalten werden. Die neu eingefügten Absätze 2 und 3 entsprechen inhaltlich § 220 Abs. 2 und 3 in der vorherigen Fassung. Die Verweisung auf § 222 SGB V ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden; sie wird daher nicht mehr übernommen.

Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2005 wurde eine stärkere Beteiligung der aktiven Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenversicherung am Defizit der Krankenversicherung der Rentner und Altenteiler eingeführt (§ 66). Mit der zeitlich befristeten Änderung sollte dabei vermieden werden, dauerhaft in die Finanzierungsregelung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung einzugreifen. Damit sollte der Spielraum erhalten bleiben, bei den in den kommenden Jahren zu treffenden Entscheidungen über die künftige Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung auch die Finanzierung der LKV auf den Prüfstand zu stellen. Eine grundlegende Änderung der Finanzierungsregelungen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung soll mit diesem Gesetz nicht erfolgen (vgl. Begründung zu Artikel 15). Die befristete Regelung des Übergangsrechtes wird zwar in das Dauerrecht übernommen, allerdings in modifizierter Form.

Ein jährlich steigender Solidarzuschlag würde bei einer immer kleiner werdenden Versichertengemeinschaft zu jährlich steigenden Beiträgen führen und damit dem Ziel des Einstiegs in eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zuwiderlaufen.

Mit der Regelung werden sich die aktiven Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenversicherung in den nächsten Jahren mit einem in etwa gleichbleibenden Anteil ihres Beitragsaufkommens an den Kosten der Krankenversicherung der Rentner und Altenteiler beteiligen.

Eine etwaige weitere Umgestaltung dieser Beteiligung der aktiven Mitglieder an den Gesundheitskosten der älteren Generation muss im Zusammenhang mit der Klärung der besonderen Finanzierungsregelungen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung erfolgen.

Zu Nummer 20 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Berichtigung; nach Satz 1 der Vorschrift gehört Arbeitsentgelt nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen, so dass eine entsprechende Anwendung der Vorschrift zu einmalig gezahltem Arbeitsentgelt entbehrlich ist.

Zu den Buchstaben b bis d

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 159, 165 und 166 (§§ 241, 247 und 248).

Zu Nummer 21 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Als Folge der Verringerung der Bundeszuschüsse nach § 66 i. d. R. des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 wurden die Bei-

träge zur Deckung des Minderungsbetrages bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen in den untersten Beitragsklassen teilweise degressiv ausgestaltet und teilweise wurde eine Erhebung einheitlicher Grundbeiträge vorgesehen. Derartige Gestaltungen widersprechen dem Grundsatz der solidarischen Finanzierung; es bedarf daher der Klarstellung, dass die Verwendung eines „anderen angemessenen Maßstabes“ im Sinne des § 40 Abs. 1 Satz 2 keine dahingehenden Spielräume eröffnet. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, kalkulatorisch z. B. den aufzubringenden Solidarzuschlag auf die einzelnen Beitragsklassen zu verteilen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 159 (§ 241).

Zu Nummer 22 (§ 42)

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 159 (§ 241).

Zu Nummer 23 (§ 43)

Folgeregelung zu Nummer 2 (§ 2 Abs. 1 Nr. 7). Für den wieder in die GKV aufgenommenen Personenkreis gelten hinsichtlich der Beitragsbemessung wie in § 227 SGB V (Artikel 1 Nr. 154) die Regelungen für freiwillig Versicherte.

Zu Nummer 24 (§ 43a)

Folgeänderung zu Nummer 11 (§ 20); die Regelung ist dadurch entbehrlich geworden.

Zu Nummer 25 (§ 44)

Folgeregelung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 156 (§ 239); da die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht in die geänderten Finanzierungsstrukturen der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wird, verbleibt es bei der Satzungsregelung.

Zu Nummer 26 (§ 46)

Folgeregelung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 157 (§ 240); da die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht in die geänderten Finanzierungsstrukturen der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wird, verbleibt es bei der Satzungsregelung.

Zu Nummer 27 (§ 47)

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 169 (§ 250).

Zu Nummer 28 (§ 48)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 168 (§ 249a).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 170 (§ 251 Abs. 5).

Zu Nummer 29 (§ 50)

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 173 (§ 255).

Zu Nummer 30 (§ 51)

Folgeregelung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 175 (§ 261); da die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht in die geänderten Finanzierungsstrukturen der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wird, werden die bisherigen Bestimmungen zu Auswirkungen von Änderungen der Rücklage auf die Beiträge beibehalten.

Zu Nummer 31 (§ 63)

Im Hinblick auf die Kassenwahlrechte der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen kann im KVLG 1989 nicht mehr auf den Beitragssatz einer einzelnen Krankenkasse abgestellt werden, vielmehr ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der geeignete Wert. Eine entsprechende Regelung in § 63 Abs. 1 Satz 3 ist bisher unterblieben, sie wird zur Klarstellung der bereits geübten Praxis nachgeholt.

Zu Nummer 32 (§ 66)

Folgeänderung zu Nummer 19 (§ 38 Abs. 4).

Zu Artikel 16 (Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Zu Nummer 1 (§ 18)

Folgeänderung zu Nummer 3 (§ 34).

Zu Nummer 2 (Überschrift des Fünften Abschnitts)

Folgeänderung zu Nummer 3 (§ 34).

Zu Nummer 3 (§ 34)

Mit der neu gefassten Vorschrift wird der Änderung der Verbandsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene Rechnung getragen. Wegen der hoheitlichen Aufgaben sowie der besonderen Funktion der Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die ihnen im Rahmen der Organisationsreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Jahr 2001 zugewiesen wurde, ist es unerlässlich, dass die besonderen Verbandsaufgaben, die bisher der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen wahrgenommen hat, fortgeführt werden. Allerdings soll der anstehenden Modernisierung der Organisationsstrukturen im Bereich der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die auch deren Verbände einschließt, nicht vorgegriffen werden. Deshalb wird zunächst der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben beauftragt.

Da diese besonderen Aufgaben nicht vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen werden können, werden diese Aufgaben dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen übertragen, der in die Rechte und Pflichten des bisherigen Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen eintritt. Damit wird zugleich den besonderen Finanzierungsstrukturen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Rechnung getragen. Diese werden mit diesem Gesetz unverändert beibehalten (vgl. Begründung zu Artikel 15). Soweit bei der Aufgabenwahrnehmung die Steuerungsfunktionen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berührt werden, wird dessen Vorrang klargestellt.

Absatz 2 beschreibt die besonderen Aufgaben des Verbandes.

Die Absätze 3 und 4 entsprechen inhaltlich dem vor Inkrafttreten der Vorschrift geltenden Recht.

Zu Nummer 4 (§ 35)

Folgeänderung zu Nummer 3 (§ 34).

Zu Nummer 5 (§ 38)

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 161 und 162 (§§ 242 und 243).

Zu Nummer 6 (§ 58)

Folgeänderung zu Nummer 3 (§ 34).

Zu Nummer 7 (§ 63)

Folgeänderung zu der Änderung in Artikel 1 Nr. 174 (§ 257).

Zu Artikel 17 (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte)

Es handelt sich um Folgeregelungen zu den §§ 241, 247, 249 SGB V; sie entsprechen den für die gesetzliche Rentenversicherung vorgesehenen Anpassungen in § 106 SGB VI an die Änderungen im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 18 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 8 Abs. 1 Satz 2)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Anstelle der bisherigen Zuweisungen der Aufgaben im Ersatzkassenbereich auf der Landesebene an die Verbände der Ersatzkassen werden diese Aufgaben nunmehr den Ersatzkassen unmittelbar zugewiesen.

Zu Nummer 2 (§ 9 Abs. 3a Satz 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Nummer 1).

Zu Nummer 3 (§ 17 Abs. 5 Satz 3)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Nummer 1).

Zu Nummer 4 (§ 17b)

Mit der Einführung des pauschalierten Vergütungssystems musste zum 1. Januar 2005 auch die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen grundlegend umgestellt werden (vgl. § 17a). Mit der Änderung durch Buchstabe a Doppelbuchstabe aa wird dieser Regelungszusammenhang klargestellt. Buchstabe c bestimmt dementsprechend, dass aus den Mitteln des DRG-System-Zuschlags auch pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an Stichprobenkalkulationen für die Richtwerte oder Pauschalbeträge nach § 17a finanziert werden können.

Buchstabe b (§ 17b Abs. 2 Satz 1 und 6) nimmt eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen im Hinblick auf die Abstimmung zwischen GKV und PKV vor (vgl. Begründung zu Nummer 7).

Das im Jahr 2003 auf der Grundlage der australischen AR-DRG neu eingeführte DRG-Fallpauschalensystem konnte in kurzer Zeit zu einem eigenständigen deutschen G-DRG-System weiterentwickelt werden. Es wird als „lernendes System“ jährlich überarbeitet und weiterentwickelt. Insbesondere im Bereich der Hochleistungsmedizin sind noch weitere Entwicklungsarbeiten erforderlich. Mit Buchstabe a Doppelbuchstabe bb werden die für das DRG-Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartner beauftragt, sich durch vertiefte Prüfungen um die sachgerechte Vergütung so genannter Kostenausreißer-Patienten zu kümmern. Es handelt sich um eine begrenzte Zahl von Fällen, die jedoch zu hohen Kostenunterdeckungen insbesondere bei Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung führen.

Zu Nummer 5 (§ 17c)

Mit Buchstabe a wird die Einleitung einer Stichprobenprüfung nach § 17c KHG erleichtert, indem die bisher von den Krankenkassen gemeinsam zu beschließende Prüfung künftig durch Mehrheitsbeschluss veranlasst werden kann.

Durch Buchstabe b wird die Stichprobenprüfung gleichgewichtiger ausgerichtet. Umfang und Komplexität der Kodierregeln führen dazu, dass Fehlabrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen sind. Wie bereits in den Jahren 2003 und 2004 sollen deshalb den zu hohen Abrechnungen des Krankenhauses die zu niedrigen Abrechnungen wieder gegengerechnet (saldiert) werden. Die Akzeptanz der Stichprobenprüfung wird damit erhöht.

Buchstabe c ist eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu den Nummern 1 und 7).

Zu Nummer 6 (§ 18 Abs. 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Nummer 1).

Zu Nummer 7 (§ 18a)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen, die anstelle der bisherigen kassenartenbezogenen Spitzenverbände auf Bundesebene nunmehr einen gemeinsamen kassenartenübergreifenden Spitzenverband Bund in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts vorsieht.

Zu Nummer 8 (§ 27)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Nummer 1). Die Ersatzkassen nehmen ihre nach dem Gesetz unmittelbar zugewiesenen Aufgaben auf der Landesebene über einen Bevollmächtigten wahr (siehe Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e, § 212 Abs. 5 SGB V).

Zu Nummer 9 (§ 28)

Bereits mit Artikel 2 Nr. 9 des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes wurde bestimmt, dass die Leistungsdaten der Krankenhäuser nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes von der DRG-Datenstelle für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik an das Statistische Bundesamt übermittelt werden (§ 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG); dieses kann jeweils landesbezogene Daten an die statistischen Landesämter liefern. Damit das Statistische Bundesamt diese bereits gelieferten Daten auch statistisch auswerten und veröffentlichen darf, wird mit der Änderung des § 28 KHG nun die erforderliche Rechtsgrundlage geschaffen. Die beim Statistischen Bundesamt bereits nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG vorliegenden Daten eröffnen die Option, dass zukünftig die von Krankenhäusern über die statistischen Ämter für die amtliche Krankenhausstatistik zu übermittelnden Daten erheblich vermindert werden können und leistet somit einen Beitrag zum Bürokratieabbau. Ein zusätzlicher Erhebungsaufwand für die Krankenhäuser entsteht nicht. Zudem kann das Statistische Bundesamt die Daten für Auswertungen über Art und Anzahl der abgerechneten DRG-Fallpauschalen sowie der erbrachten Operationen und Prozeduren verwenden, die einen weiteren Beitrag zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhausbereich leisten.

Zu Artikel 19 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Um die Krankenhäuser an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung zu beteiligen, sollen sie einen Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt einem Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen erbringen. Davon werden rd. 0,2 Prozentpunkte durch die Absenkung der Mindererlösausgleichsquote in § 4 Abs. 9 Satz 2 von bisher 40 auf 20 Prozent erbracht; die Regelung nimmt die entsprechende Änderung vor. Krankenhäuser, die weniger Leistungen erbringen als mit dem Budget vereinbart, erhalten somit für die Finanzierung der Vorhaltekosten einen Anteil von 20 Prozent der nicht erzielten Erlöse. Weitere 0,1 Prozentpunkte des Sanierungsbeitrags werden durch die Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erbracht (§ 140d Abs. 1 Satz 9 – neu – SGB V). Der verbleibende Einsparbeitrag wird durch einen Abzug von der Rechnung des Krankenhauses in Höhe von 0,7 Prozent, der nur bei gesetzlich versicherten Patienten vorzunehmen ist, erzielt (vgl. Nummer 2).

Zu Nummer 2 (§ 8 Abs. 9 – neu –)

Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser wird zum 1. Januar 2007 in Höhe von 0,7 Prozentpunkte durch eine Kürzung der Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht (vgl. die Begründung zu Nummer 1). Die Kürzung der Krankenhausrechungen wird bis zum Inkrafttreten des ordnungspolitischen Rahmens zum DRG-System, der für den Zeitraum ab dem Jahr 2009 neu zu regeln ist, begrenzt. Haben Krankenkassen Rechnungen ohne Abschlag bezahlt, verpflichtet Satz 2 den Krankenhausträger, jeweils einen Betrag in Höhe von 0,7 Prozent der Rechnungsbeträge an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen. Satz 3 gibt vor, bei welchen Entgelten ein Abschlag vorzunehmen ist. Satz 4 bestimmt, dass die durch den Abschlag bewirkte Erlösminderung im Rahmen der Erlösausgleiche bei Über- oder Unterschreitung des vereinbarten Budgets unberücksichtigt bleibt, d. h. die Erlösausgleiche sind auf Grundlage der ungekürzten Erlöse zu berechnen.

Zu Nummer 3 (§ 9 Abs. 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Artikel 18 Nr. 7).

Zu Nummer 4 (§ 10)

Die Vorschrift ermöglicht eine technisch bedingte Erhöhung des Landes-Basisfallwerts über die begrenzende Veränderungsrate hinaus. Dies ist bereits heute der Fall, „soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben führt“ (§ 10 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG). Mit der Änderung wird ein weiterer, technisch bedingter Tatbestand hinzugefügt. Wenn z. B. die Summe der Bewertungsrelationen (gewichtete Fallzahl, Casemix) auf Landesebene sinkt, ergibt sich nach den Regeln des Absatzes 3 ein niedrigeres Gesamtausgabenvolumen auf Landesebene. Das Ausgabenvolumen wird grundsätzlich um die anteiligen Kosten wegfallender Leistungen in der Höhe abgesenkt, in der bei zusätzlichen Leistungen die Budgets der Krankenhäuser und das Ausgabenvolumen erhöht werden (grundsätzlich variable Kosten). Wenn dieses niedrigere Volumen durch eine entsprechend niedrigere Fallzahl (Casemix) dividiert wird (Divisionskalkulation), ergibt sich ein erhöhter Landes-Basisfallwert, weil der Zähler geringer abgesenkt wird (anteilige Kosten) als der Nenner (jeweils vollständige Fälle). Diese technisch bedingte Erhöhung darf durch die Begrenzung auf die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (vgl. § 10 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG) nicht verhindert werden. Eine entsprechend technisch bedingte Erhöhung des Landes-Basisfallwerts muss auch dann möglich sein, wenn die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene sich bei der Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts verschätzt haben, z. B. wenn die Fallzahl (Casemix) nicht in richtiger Höhe zugrunde gelegt wurde. Bei der Vereinbarung im Folgejahr oder in den Folgejahren muss eine Korrektur dieser Fehlschätzung möglich sein, weil diese sonst unbegrenzt in die Zukunft fortwirken würde.

Zu Nummer 5 (§ 20)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Artikel 18 Nr. 8).

Zu Nummer 6 (§ 21)

Buchstabe a Doppelbuchstabe aa erweitert die von der DRG-Datenstelle an das Statistische Bundesamt zu liefernden Daten um die Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle und deren Bewertungsrelationen, die Ausgleichsbeträge für Mehr- oder Mindererlöse sowie die Höhe der abgerechneten Entgelte. Mit den Angaben wird insbesondere eine genauere und belastbare Ermittlung der Krankheitskosten und damit eine deutliche Verbesserung der

bisherigen Krankheitskostenrechnung möglich. Die Daten dienen insbesondere zur alters-, geschlechts- und diagnosespezifischen Ermittlung der Kostenstrukturen für die in Krankenhäusern behandelten Erkrankungen.

Nach § 21 Abs. 3 Satz 9 sind andere als die in diesem Absatz genannten Verarbeitungen und Nutzungen der Daten unzulässig. Der durch Buchstabe a Doppelbuchstabe bb neu angefügte Satz 10 erweitert die Schutzvorschriften für den auch aus Sicht der Krankenhäuser sensiblen Datenbestand um eine Bußgeldvorschrift für den Fall der unzulässigen Verarbeitung oder Nutzung der Daten. Nach § 85 SGB X kann die vorsätzliche oder fahrlässige Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten mit Geldbußen bis zu 250 000 Euro geahndet werden. Da Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse nach § 67 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 35 Abs. 4 SGB I Sozialdaten gleichstehen, erstreckt sich der Schutz des Sozialgeheimnisses und die Ahndung einer Verletzung grundsätzlich auch auf entsprechende Daten von Krankenhäusern.

Mit dem Ziel der Vermeidung von Doppelerhebungen in den Krankenhäusern und damit unnötiger Bürokratie sollen die für die Weiterentwicklung des DRG-Systems von den Krankenhäusern an die DRG-Datenstelle übermittelten Falldaten nach § 21 KHEntgG auch für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden. Da es sich zwar nicht um personenbezogene Daten, jedoch um sensible Unternehmensdaten handelt, gibt Buchstabe b vor, dass nicht der gesamte Datenbestand an die mit der Durchführung der Qualitätssicherung beauftragte Institution (derzeit die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS) übertragen wird. Vielmehr muss die Institution die von ihr oder von den entsprechenden Institutionen auf Landesebene für bestimmte Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigten Einzeldaten bei der DRG-Datenstelle anfordern. Dabei ist darzulegen, welche Einzeldaten aus den in den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nr. 2 genannten Daten für diese Maßnahmen notwendig und geeignet sind. Die DRG-Datenstelle liefert einen entsprechenden Auszug aus dem Gesamtdatenbestand. Absatz 3a Satz 4 bestimmt, dass die Vorschriften des Absatzes 3 Satz 9 und 10 (neu; vgl. Buchstabe a) zum Schutz der Daten nach § 21 entsprechend gelten. Die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung trägt die mit der Qualitätssicherung beauftragte Institution auf Bundesebene (vgl. § 15 Abs. 2 Satz 2 BDSG).

Da der Datenbestand nach § 21 erst Anfang bis Mitte Juni eines jeden Jahres weitestgehend vollständig bei der DRG-Datenstelle vorliegt, können diese Daten aus Zeitgründen von der BQS nur begrenzt im Rahmen des jährlichen Qualitätssicherungsverfahrens genutzt werden. Sie ermöglichen die Validierung der von den Krankenhäusern übermittelten BQS-Datensätze und können einmal jährlich die Krankenhäuser bei der Erstellung und Übermittlung der Konformitätserklärung teilweise entlasten. Darüber hinaus kann mittels definierter Qualitätsindikatoren die stationäre Versorgungsqualität gemessen und dargestellt werden. Dadurch wird ein institutionsbezogenes Screening über alle Fachgebiete möglich, das das bestehende BQS-Verfahren der externen Qualitätssicherung ergänzt und neue Informationen zur Qualität in der stationären Versorgung bereitstellt.

Zu Artikel 20 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 5 Abs. 1 Satz 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Artikel 18 Nr. 7).

Zu Nummer 2 (§ 12 Abs. 2 Satz 1)

Entsprechend der Änderung der Ausgleichsquote für Mindererlöse bei DRG-Krankenhäusern (vgl. Artikel 19 Nr. 1) wird auch für die psychiatrischen Krankenhäuser die Ausgleichsquote für Mindererlöse von 40 Prozent auf 20 Prozent herabgesetzt. Krankenhäuser, die weniger Leistungen erbringen als mit dem Budget vereinbart, erhalten somit für die Finanzierung der Vorhaltekosten einen Anteil von 20 Prozent der entfallenen Erlöse.

Zu Nummer 3 (§ 14 Abs. 7 – neu –)

Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in einer Gesamthöhe von einem Prozent (vgl. Begründung zu Artikel 19 Nr. 1) wird in Höhe von 0,7 Prozentpunkten durch eine Kürzung der Rechnungen der Krankenhäuser für die voll- und teilstationären Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht. Die Kürzung der Krankenhausrechungen wird bis zum Inkrafttreten des neuen ordnungspolitischen Rahmens zum DRG-System, der für den Zeitraum ab dem Jahr 2009 neu zu regeln ist, begrenzt. Satz 3 gibt vor, bei welchen Entgelten ein Abschlag vorzunehmen ist. Satz 4 bestimmt, dass die durch den Abschlag bewirkte Erlösminderung im Rahmen der Erlösausgleiche bei Über- oder Unterschreitung des vereinbarten Budgets unberücksichtigt bleibt, d. h. die Erlösausgleiche sind auf Grundlage der ungekürzten Erlöse zu berechnen.

Zu Nummer 4 (§ 15 Abs. 1 und 2)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Artikel 18 Nr. 7).

Zu Nummer 5 (§ 25)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Begründung zu Artikel 18 Nr. 8).

Zu Artikel 21 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu den Nummern 1 bis 6 (§§ 6, 9, 11 bis 14)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 7 (§ 20 Abs. 1)

Die Ergänzung der Vorschrift in Absatz 1 stellt klar, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes im Rahmen eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, eines Vertrages über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V oder eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140b der sich aus Satz 1 ergebenden Pflicht des Vertragsarztes, im vollen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, nicht entgegensteht. Maßgeblich ist insoweit, dass der Vertragsarzt auch

bei seiner Tätigkeit im Rahmen der genannten Verträge für die ambulante Versorgung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht.

Zu den Nummern 8 bis 14 (§§ 26 bis 28, 31, 33, 34 und 37)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Artikel 22 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu den Nummern 1 bis 6 (§§ 6, 9, 11 bis 14)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 7 (§ 16 Abs. 3 bis 7)

Nach gegenwärtig geltendem Recht regelt § 16 Abs. 3 bis 7 das Verfahren über die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen und deren Inhalt für den Fall, dass eine Unterversorgung durch Maßnahmen der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder andere geeignete Maßnahmen innerhalb der durch den Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 gesetzten angemessenen Frist nicht beseitigt oder abgewendet werden konnte.

Nach der neuen Vorschrift des § 100 Abs. 3 gilt insbesondere die Regelung des § 100 Abs. 2 über Zulassungsbeschränkungen künftig nicht mehr für Zahnärzte. Die entsprechenden Regelungen der Zulassungsverordnung sind als Folgeänderung aufzuheben.

Zu Nummer 8 (Abschnitt IVa/§ 16b)

Nach gegenwärtig geltendem Recht regelt § 16b Abs. 1 die Verpflichtung der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung von Überversorgung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. § 16b Abs. 2 bis 4 regelt das Verfahren über die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Falle einer Überversorgungsfeststellung.

Nach der neuen Vorschrift des § 103 Abs. 8 SGB V gelten die Regelungen des § 103 Abs. 1 bis 7 SGB V über die Feststellung von Überversorgung und Zulassungsbeschränkungen künftig nicht mehr für Zahnärzte.

Die Vorschrift des § 16b ist als Folgeänderung aufzuheben. Da es sich um die einzige Vorschrift des Abschnitts IVa handelt, kann der gesamte Abschnitt aufgehoben werden.

Zu Nummer 9 (§ 19 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3)

§ 19 regelt das Verfahren über den Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Nach den neuen Vorschriften von § 100 Abs. 2 Satz 2, § 101 Abs. 6, § 103 Abs. 8 und § 104 Abs. 3 SGB V gelten Zulassungsbeschränkungen künftig nicht mehr für Zahnärzte. Die Vorschriften des § 19, die die Folgen von Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung des Zahnarztes regeln, sind als Folgeänderung aufzuheben.

Zu den Nummern 10 bis 16 (§§ 26 bis 28, 31, 33, 34 und 37)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Artikel 23 (Änderung der Ausschussmitgliederverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderungen der Regelungen zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der neue Satz 2 enthält einen klarstellenden Verweis auf die in § 91 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgte gesetzliche Regelung der vierjährigen Amtszeit für Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Buchstabe c

Durch die Ergänzung im neuen Satz 3 wird verdeutlicht, dass die Ausscheidensregelung für während der Amtsperiode neu hinzugetretene Mitglieder für alle Ausschüsse gilt.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Folgeänderung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die von den Trägerorganisationen benannten hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten zukünftig für ihre Tätigkeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Vergütung. Sie werden deshalb von der Erstattungs- und Entschädigungsregelung nach dieser Vorschrift ausgenommen.

Zu Nummer 3 (§ 7)

Anpassung an das 2005 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Reisekostenrechts.

Zu Nummer 4 (§ 8)

Anpassung an das 2005 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Reisekostenrechts.

Zu Nummer 5 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die von den Trägerorganisationen benannten hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses werden dort aus Mitteln analog § 139c Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.

Zu Artikel 24 (Schiedsamtsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Mit der Reduzierung der Zahl der von den Beteiligten entsandten Vertretern werden auch in diesem

Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidungsstrukturen deutlich gestrafft und transparenter gestaltet.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Artikel 25 (Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung – WiPrüfVo)

Zu Nummer 1 (Überschrift)

Folgeänderungen der Änderung des § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit denen das Prüfungsverfahren durch Zusammenlegung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle gestrafft wird.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Folgeänderungen der Änderung des § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit denen das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Zusammenlegung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle gestrafft wird.

Mit der in Absatz 1 Satz 2 vorgesehenen Reduzierung der Zahl der von den Beteiligten entsandten Vertreter werden – wie in anderen Gremien – auch in diesem Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidungsstrukturen deutlich gestrafft und transparenter gestaltet.

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (Absatz 1 Satz 3).

Zu Nummer 3 (§ 2)

Folgeänderungen der Änderung des § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit denen das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Zusammenlegung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle gestrafft wird. Die Unterstützung des weiterhin fortbestehenden Beschwerdeausschusses durch die neue Prüfungsstelle wird auf die rein organisatorischen Angelegenheiten beschränkt (keine Entscheidungsvorbereitung).

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (Absatz 3 Satz 3).

Zu Nummer 4 (§ 3)

Folgeänderungen der Änderung des § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit denen das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Zusammenlegung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle gestrafft wird.

Zu Nummer 5 (§ 4)

Folgeänderungen der Änderung des § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit denen das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Zusammenlegung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle gestrafft wird.

Die Unterstützung des weiterhin fortbestehenden Beschwerdeausschusses durch die neue Prüfungsstelle wird auf die rein organisatorischen Angelegenheiten beschränkt (keine Entscheidungsvorbereitung mehr nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1).

Die Regelungen in Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 1 sind obsolet, da aufgrund der Umbildung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zur neuen Prüfungsstelle es erforderlich ist, den Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung die Entscheidungshoheit über die Bestellung des Leiters und die Ausstattung der Prüfungsstelle zu übertragen. Dies wird in Artikel 1 mit einer Änderung in § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt.

Zu Nummer 6 (§ 5)

Folgeänderungen der Änderung des § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit denen das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Zusammenlegung des Prüfungsausschusses und der Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle gestrafft wird (Absatz 1).

Zu Artikel 26 (Änderung der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Für die korrekte Zuordnung der Meldungen durch die Weiterleitungsstellen ist die Betriebsnummer der Krankenkasse des Beschäftigten notwendig. Diese kann entweder aus der Mitgliedsbescheinigung des Beschäftigten oder der Betriebsnummerndatei der Krankenkassen entnommen werden.

Zu Nummer 2 (§ 19)

Die Regelung stellt die Anwendung eines bundeseinheitlichen Verfahrens sicher.

Zu Nummer 3 (§ 21)

Der Zulassungsbescheid für ein systemgeprüftes Programm kann nur von einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erlassen werden. Die Systemprüfung wird zur Sicherstellung eines bundeseinheitlichen Verfahrens dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstellt, der auch die Bescheide erlässt.

Zu Nummer 4 (§ 22)

Die Regelung stellt die Anwendung eines bundeseinheitlichen Verfahrens sicher.

Zu Nummer 5 (§ 32)

Alle Geschäftsprozesse zwischen den Beteiligten sind allein durch Datenübermittlung zulässig.

Zu Artikel 27 (Änderung der Beitragsverfahrensordnung)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Erweiterung der Regelung zur Weiterleitung der Beiträge auf den Gesundheitsfonds, der die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung erhält.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Die Einzugsstellen haben allen Sozialversicherungsträgern und dem Bundesversicherungsamt als Träger des Gesund-

heitsfonds eine monatliche Abrechnung über die eingenommenen Beiträge zukommen zu lassen.

Zu Artikel 28 (Änderung der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung)

Der Bund hatte bislang bei der Berechnung des zu erstattenden Beitrages zur Krankenversicherung der Rentner im Rahmen der einigungsbedingten Leistungen den halben jahresdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz in der Krankenversicherung in der KV (also ohne den zusätzlichen Beitragssatz gemäß § 241a SGB V a. F.) anzuwenden. Gemäß dem GKV-WSG ist eine Differenzierung in allgemeinen und zusätzlichen Beitragssatz künftig nicht mehr vorgesehen, so dass bei Beibehaltung der bisherigen Formulierung in der Verordnung der Bund um 0,45 v. H. erhöhte Beitragssätze zu erstatten hätte.

Diese Mehrausgaben kämen der Rentenversicherung zugute, ohne dass diese entsprechende Aufwendungen zu tragen hätte. Diese hat gemäß § 249a SGB V n. F. weiterhin die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Prozentpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz zu tragen.

Zu Artikel 29 (Änderung der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Folgeänderung zu § 241 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung sieht für die Berechnung der KV-Beiträge für die Wehr- und Zivildienstleistenden den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz vor. Aufgrund der Änderungen zu § 241 des Fünften Buches handelt es sich um eine Folgeänderung.

Eine Differenzierung in allgemeinen und zusätzlichen Beitragssatz ist künftig nicht mehr vorgesehen, so dass bei Beibehaltung der bisherigen Formulierung in der Verordnung mit Inkrafttreten der Änderungen ab dem 1. Januar 2009 der allgemeine Beitragssatz auch den bisherigen zusätzlichen Beitragssatz beinhaltet.

Zu den Nummern 3 und 4 (§§ 4 und 5)

Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und zur Einführung des Gesundheitsfonds.

Zu Artikel 30 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird an die geänderte Überschrift des § 10 angepasst.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Die Änderung der Überschrift berücksichtigt, dass die Pflicht zur Kennzeichnung auch für die Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen (Auseinzelung von Arzneimitteln) gelten soll.

Zu Buchstabe b

Das Arzneimittelgesetz enthält für die Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen (Auseinzelung von Arzneimitteln) bislang keine ausdrücklichen Regelungen.

Die zugrunde liegenden Bestimmungen des europäischen Gemeinschaftsrechts, die Artikel 54 ff. der geänderten Richtlinie 2001/83/EG (Gemeinschaftskodex für Human-Arzneimittel) sehen zur Gewährleistung eines hohen Verbraucherschutzniveaus vor, dass jedes Human-Arzneimittel für das Inverkehrbringen mit einer Kennzeichnung und einer Packungsbeilage versehen sein muss.

Deshalb stellt Absatz 11 Satz 1 klar, dass aus Human-Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen nur mit einer Kennzeichnung, mindestens im Umfang der Angaben nach § 10 Abs. 8 Satz 1 AMG, abgegeben werden dürfen. Mindestangaben sind danach: der Name oder die Firma des pharmazeutischen Unternehmers, die vollständige Bezeichnung des Arzneimittels, die Chargenbezeichnung und das Verfalldatum jeweils nach Maßgabe der Angaben für das Fertigarzneimittel, aus dem die Teilmenge entnommen wird. Entsprechend § 10 Abs. 9 AMG dürfen hierbei die üblichen Abkürzungen verwendet werden. Das Verfalldatum ist nach § 10 Abs. 7 mit Monat und Jahr anzugeben. Diese Angaben sind ausreichend und angemessen, da § 11 Abs. 7 (neu) AMG vorsieht, dass entsprechende Teilmengen mit der für das Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilage abzugeben sind. Die ausführlichen Pflichtangaben in der Packungsbeilage gewährleisten eine umfassende Information der Patientinnen und Patienten über die Anwendung des durch die oben genannte Kennzeichnung in jedem Einzelfall ausreichend bezeichneten bzw. identifizierbaren Arzneimittels. Daneben wird die Information der Patientinnen und Patienten über den Namen und die Anschrift der Apotheke, von der sie die Teilmenge des Fertigarzneimittels ausgehändigt bekommen haben, über § 14 Abs. 1 Satz 2 der Apothekenbetriebsordnung gewährleistet.

Da die Auseinzelung von Arzneimitteln „ad hoc“ erfolgt, kann die nach § 10 Abs. 1b AMG vorgeschriebene Kennzeichnung von Arzneimittelpackungen in Blindenschrift in der Praxis nicht nachträglich auf dem Behältnis oder der äußeren Umhüllung in der bzw. in dem die aus dem Fertigarzneimittel entnommene Teilmenge abgeben wird aufgebracht werden. Insoweit ist es sachlich gerechtfertigt, diese Verpflichtung mit Absatz 11 Satz 2 nicht auf die Abgabe ausgeeinzelter Arzneimittel zu erstrecken. Allerdings bleibt die Möglichkeit zu einer freiwilligen Kennzeichnung in Blindenschrift erhalten. Zudem sind die Zulassungsinhaber unter den in § 11 Abs. 3c AMG näher geregelten Voraussetzungen verpflichtet, die Packungsbeilage in Formaten verfügbar zu machen, die für blinde und sehbehinderte Personen geeignet sind. Von dieser Informationsmöglichkeit kann auch im Fall der Auseinzelung Gebrauch gemacht werden.

Zu Nummer 3 (§ 11 Abs. 7)

Satz 1 stellt klar, dass auch aus einem Human-Fertigarzneimittel entnommene Teilmengen (ausgeeinzelte Arzneimit-

tel) grundsätzlich nur mit einer Ausfertigung der für das Fertigarzneimittel selbst vorgeschriebenen Packungsbeilage abgegeben werden dürfen. Bezogen auf die Abgabe im Apothekenbetrieb entspricht diese Vorschrift der bereits in § 14 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung über den Betrieb von Apotheken enthaltenen Regelung.

Die entsprechende Anwendbarkeit von § 11 Abs. 6 Satz 1 AMG führt zu der Erleichterung, dass ausgeeinzelte Human-Arzneimittel ohne Packungsbeilage abgegeben werden können, wenn die Angaben nach § 11 Abs. 1 bis 4 AMG bereits auf dem Behältnis oder auf der äußeren Umhüllung, in der die Teilmenge gegebenenfalls abgegeben wird, stehen (Satz 2).

Satz 3 sieht für den Sonderfall der Abgabe von aus Human-Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen in neuen patientenindividuell zusammengestellten Blistern die Regelung vor, dass die Packungsbeilage des jeweils verblisterten Human-Fertigarzneimittels erst dann erneut beizufügen ist, wenn sich diese gegenüber der zuletzt für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patient beigefügten Packungsbeilage geändert hat. Die Vorschrift gewährleistet eine gegenüber der Abgabe von Human-Fertigarzneimitteln in den ansonsten üblichen Packungen vergleichbare Information der jeweiligen Patientinnen und Patienten über die jeweiligen Arzneimittel.

Zu Nummer 4 (§ 67 Abs. 6)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe b

Anwendungsbeobachtungen sind systematische Sammlungen von Kenntnissen und Erfahrungen, die bei der Anwendung von Arzneimitteln gemacht werden. Sie sollen zeigen, wie Arzneimittel unter Alltagsbedingungen bei Patientinnen oder Patienten wirken. Zur nachhaltigen Verbesserung der Qualität, des wissenschaftlichen Nutzens und der Transparenz von Anwendungsbeobachtungen wurde die Meldepflicht nach § 67 Abs. 6 AMG bereits durch das Zwölfte und das Vierzehnte Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes konkretisiert.

Im Interesse einer weiteren Verbesserung des Schutzes der Patientinnen und Patienten in Anwendungsbeobachtungen wird durch Satz 3 vorgebeugt, dass bei Ärzten, die an der Durchführung von Anwendungsbeobachtungen beteiligt sind, weder aufgrund der Art noch aufgrund der Höhe der hierfür geleisteten Entschädigungen ein Anreiz entsteht, bestimmte Arzneimittel bevorzugt zu verschreiben oder zu empfehlen. Unter Berücksichtigung dieser Grenze bleiben Entschädigungen zulässig, die nach ihrer Art und Höhe in einem angemessenen Verhältnis zum zusätzlichen Aufwand der beteiligten Ärzte stehen (z. B. Aufwendungen für die Dokumentation).

Zur weiteren Optimierung der Transparenz von Anwendungsbeobachtungen sieht Satz 4 deshalb eine Erweiterung der Meldepflicht pharmazeutischer Unternehmer um die Art und Höhe der an die beteiligten Ärzte geleisteten Entschädigungen vor, sofern diese Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, für die spezifische Regelungen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit gelten. Eine Ausfertigung der mit diesen Ärzten geschlossenen Vereinbarungen ist zu übermitteln um überprüfen zu können, ob insoweit die neuen Vorgaben des § 67 Abs. 6 AMG eingehalten werden. Im Hinblick auf ihre jeweiligen Aufgaben ist diese Angabe nur den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anzuzeigen, nicht jedoch gegenüber den nach dem Arzneimittelgesetz zuständigen Bundesoberbehörden.

Zu Nummer 5 (§ 78 Abs. 1 bis 4)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise. Der Zuschlag, auf den in Absatz 1 Bezug genommen wird, wird als Höchstzuschlag ausgestaltet.

Zu Buchstabe b

Durch die Formulierung werden die Arzneimittelpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel auf Höchstpreise umgestellt. Dies ermöglicht eine flexible Preisgestaltung und Wettbewerb im Handel, wovon Endverbraucher, Krankenversicherungen und andere Sozialleistungsträger profitieren können. Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten. Damit werden insbesondere die Endverbraucher in ländlichen Räumen geschützt. Die Preisspannen für den Großhandel und für die Apotheken werden als Höchstzuschläge ausgewiesen, die von der Apotheke bei der Abgabe an die Endverbraucher unterschritten werden können. Eine Überschreitung der höchstzulässigen Preisspannen durch die Handelsstufen ist ausgeschlossen.

Zu Buchstabe c (Absatz 3 und 4 neu)

Der einheitliche, höchstzulässige Apothekenabgabepreis setzt, wie bereits nach geltendem Recht, auf einem einheitlichen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers auf, dessen Höhe der pharmazeutische Unternehmer in freier Entscheidung bestimmt. Die Preisbildung des pharmazeutischen Unternehmers bleibt frei, er ist jedoch verpflichtet, ein bestimmtes Arzneimittel bei der Abgabe stets zum gleichen Preis anzubieten. Der einheitliche Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers darf somit wie bereits bisher bei der Abgabe an den Großhandel sowie die Apotheken nicht unterschritten werden, sodass eine Überschreitung der höchstzulässigen Preisspannen der Handelsstufen ausgeschlossen ist. Die Vereinbarung von Skonti und Zahlungsfristen im Rahmen marktüblicher Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

Von seinem einheitlichen Abgabepreis kann der pharmazeutische Unternehmer in Verträgen mit Sozialleistungsträgern wie z. B. Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und deren jeweiligen Verbänden abweichen und Preisnachlässe vereinbaren. Diese Regelung ermöglicht einen Wettbewerb der Krankenversicherungen. In diese Verträge können auch Apotheken eingebunden werden. Im Falle der Beauftragung von Apotheken mit der Durchführung von Verträgen über Preisnachlässe kann zur Wahrung der notwendigen Markttransparenz die Offenlegung der Verträge vereinbart werden. Grundlage für die höchstzulässigen Preisspannen der Handelsstufen bleibt auch bei Vereinbarung von Preisnachlässen der einheitliche Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers.

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2008 über die Auswirkungen von Rabattvereinbarungen insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit der Festbetragsregelung.

Der neue Absatz 4 enthält eine Spezialregelung für Arzneimittel, die für den Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht, von Gesundheitsbehörden des Bundes oder der Länder oder von diesen im Einzelfall benannten Stellen bevorratet wurden und in diesen Fällen von Apotheken abgegeben werden sowie für Wirkstoffe, die für denselben Zweck von denselben Stellen bevorratet wurden und aus denen in Apotheken Arzneimittel hergestellt und in diesen Fällen abgegeben werden.

Die Regelung geht davon aus, dass nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3c Arzneimittel von den Behörden des Bundes und der Länder z. B. für den Fall einer Influenzapandemie vorsorglich beschafft und spezifisch gelagert wurden. Diese Arzneimittel sollen im Bedarfsfall auch über den normalen Vertriebsweg in den Verkehr gebracht werden. Die Regelung soll es ermöglichen, die spezifischen Aufwendungen, die bei den Ländern angefallen sind, aber auch mögliche Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer an die Länder zu berücksichtigen. Die bisher bestehenden Ausnahmeregelungen nach § 1 Abs. 3 der Arzneimittelpreisverordnung bleiben hiervon unberührt.

Zu Nummer 6 (§ 97 Abs. 2 Nr. 5a neu)

Die Vorschrift wird auf die Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen ohne die nach § 11 Abs. 7 AMG vorgeschriebene Packungsbeilage erstreckt, weil der Unrechtsgehalt dieser Tat dem der bisher von der Regelung erfassten Tatbestände entspricht.

Zu Artikel 31 (Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung)

Zu den Buchstaben a und b (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 und 4a)

Die neue Nummer 4a (zweiter Halbsatz) regelt die für die ärztliche Verschreibung von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen auf dem Rezept erforderlichen Angaben. Nummer 4 wird aus Gründen der Klarstellung neu gefasst.

Zu Buchstabe c (§ 2 Abs. 1 Nr. 5)

Folgeänderung zur Änderung von Nummer 4 und der Einfügung von Nummer 4a.

Zu Artikel 32 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 3)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung werden Arzneimittel, die für einzelne Personen aufgrund einer ärztlichen Verordnung aus Fertigarzneimitteln von Apotheken oder von hierzu befugten Unternehmen in unverändertem Zustand durch Umfüllen, Abfüllen oder Abpacken hergestellt worden sind, aus dem Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung ausgenommen. Dabei handelt es sich zum einen um so genannte Arzneimittel-Blister, die individuell für einen Patienten für einen bestimmten Zeitraum aufgrund einer ärztlichen Verordnung hergestellt werden. Zum anderen handelt es sich um die Verordnung von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen (Auseinzelung). Die Verordnung von Teilmengen ist nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung schon heute möglich. Allerdings ist die Preisregelung in der Arzneimittelpreisverordnung dazu unzureichend. Die Vorschrift sieht vor, dass die Preise für Arzneimittel-Blister, die individuell für einen Patienten für einen bestimmten Zeitraum aufgrund einer ärztlichen Verordnung hergestellt werden und die Preise für aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen (Auseinzelung) im Wettbewerb gebildet werden.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift ermöglicht es den Sozialleistungsträgern, privaten Krankenversicherungen oder deren Verbänden die Preise für die zu ihren Lasten abgegebenen patientenindividuellen Arzneimittel-Blister einschließlich der Vergütung für deren Herstellung sowie die Preise für aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen (Auseinzelung) mit Apotheken oder deren Verbänden frei zu vereinbaren. Die Regelung ist sachgerecht, da die Verordnung von patientenindividuellen Arzneimittel-Blistern und von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen eine flexible Preisgestaltung erfordert. Eine vorherige Einstellung von Listenpreisen für patientenindividuell hergestellte Arzneimittel-Blister oder fester Berechnungsgrundlagen für die Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen ist nicht praktikabel. Vielmehr ist der Preis für patientenindividuelle Arzneimittel-Blister abhängig von der jeweiligen ärztlichen Verordnung und dem Versorgungsumfeld. Er soll daher im Wettbewerb zwischen den Anbietern mit den Kostenträgern vereinbart werden.

Zu Nummer 2 (§ 2)

Redaktionelle Folgeänderung, Anpassung an die Bezeichnung im Arzneimittelgesetz.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderungen zur Umstellung der Preisspannen auf Höchstpreise entsprechend den Änderungen in der Verordnungsermächtigung (§ 78 des Arzneimittelgesetzes). Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund der Umstellung auf Höchstpreise ist eine Differenzierung bei Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind, danach, ob es sich um eine Abgabe zur Anwendung beim Menschen oder bei Tieren handelt, entbehrlich.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aufgrund der Umstellung auf Höchstpreise ist eine Differenzierung bei Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung beim

Menschen bestimmt sind, danach, ob es sich um eine Abgabe zur Anwendung beim Menschen oder bei Tieren handelt, entbehrlich.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderungen zur Umstellung der Preisspannen auf Höchstpreise entsprechend den Änderungen in der Verordnungsermächtigung (§ 78 des Arzneimittelgesetzes). Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderungen zur Umstellung der Preisspannen auf Höchstpreise entsprechend den Änderungen in der Verordnungsermächtigung (§ 78 des Arzneimittelgesetzes). Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zur Umstellung der Preisspannen auf Höchstpreise entsprechend den Änderungen in der Verordnungsermächtigung (§ 78 des Arzneimittelgesetzes). Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten.

Zu Buchstabe c

Es wird eine Vergütungsregelung für die Rückgabe und erneute Abgabe nicht genutzter, verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel-Packungen geschaffen. Dadurch ist in Einrichtungen mit zentraler Lagerung von Arzneimitteln, wie Heimen und Hospizen, die Vergütung der Rücknahme und Wiederabgabe durch die Apotheken an Heimbewohner geregelt. Die maximale Höhe der Vergütung in Höhe von 6,10 Euro ist um 2 Euro geringer als der entsprechende Zuschlag für die erstmalige Abgabe des Arzneimittels. Diesen Betrag kann die Apotheke bei Abgabe der Packung an Versicherte zu Lasten der Krankenkasse abrechnen, abzüglich des Apothekenrabatts nach SGB V. Die Vergütung umfasst den Aufwand für die Rücknahme, Prüfung, Dokumentation und sichere Lagerung dieser Packungen und ist deshalb niedriger als bei erstmaliger Abgabe, weil ein finanzieller Anreiz zur kommerziellen Weiterverwertung nicht benutzter Arzneimittel ausgeschlossen werden soll. Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind aufgrund ihres durchschnittlich geringen Preises und dem niedrigeren Risikoprofil von dieser Regelung ausgenommen.

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Folgeänderungen zur Umstellung der Verordnung auf Höchstpreise sowie redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung an die Bezeichnung im Arzneimittelgesetz.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen zur Umstellung der Verordnung auf Höchstpreise.

Zu Nummer 5 (§ 5)

Zu den Buchstaben a bis d

Folgeänderungen zur Umstellung der Verordnung auf Höchstpreise.

Zu Nummer 6 (§ 6)

Diese Änderung ist erforderlich, da die Regelungskompetenz zur Regelung der Ladenschlusszeiten vom Bund auf die Länder übergegangen ist und das Bundesgesetz über den Ladenschluss durch Ländergesetze außer Kraft gesetzt werden kann. Eine materielle Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Nummer 7 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung des § 3 Abs. 1.

Zu Buchstabe b

Nach Ablauf einer Übergangsfrist dürfen ab dem 1. Januar 2006 Fütterungsarzneimittel nur noch von Betrieben mit einer Herstellungserlaubnis nach § 13 des Arzneimittelgesetzes hergestellt und von diesen nur unmittelbar an den Tierhalter abgegeben werden. Der in § 10 Abs. 3 der in Bezug genommene Sachverhalt existiert somit seit dem 1. Januar 2006 nicht mehr. Die Regelung kann daher aufgehoben werden.

Zu Nummer 8 (§ 11)

Die Regelung setzt die Neuregelung in § 78 Abs. 4 des Arzneimittelgesetzes um und bestimmt, dass in den im Gesetz genannten Fällen als Grundlage für die Berechung der Preise und Preisspannen der Länderabgabepreis maßgeblich sein soll. Sowohl für die Abgabe von Fertigarzneimitteln als auch für die Abgaben von Stoffen und Zubereitungen sollen für diese Fälle Vereinbarungen über die Apothekeneinkaufspreise und die Zuschläge getroffen werden können.

Zu Artikel 33 (Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Artikel 34 (Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung)

Durch die neue Vorschrift des § 5b Abs. 4 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung wird geregelt, dass Betäubungsmittel, die im Alten- und Pflegeheim oder dem Hospiz unter der Verantwortung des behandelnden Arztes gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, entweder von dem Arzt erneut für andere Patienten der gleichen Einrichtung verschrieben werden können oder an eine versorgende Apotheke zurückgegeben und danach in einem Alten- und

Pflegeheim oder einem Hospiz weiterverwendet werden können. Damit wird sichergestellt, dass unverbrauchte Betäubungsmittel einer Weiterverwendung zugeführt werden können und nicht vernichtet werden müssen. Soweit eine Zweitverschreibung durch den Arzt nicht in Frage kommt – etwa wenn kein für dieses Betäubungsmittel geeigneter Patient in der betreffenden Einrichtung vorhanden ist – ermöglicht die neue Vorschrift die Rückgabe des nicht mehr benötigten Betäubungsmittels an die versorgende Apotheke. Dadurch wird gewährleistet, dass die Eignung des Betäubungsmittels zur Weiterverwendung geprüft wird. Für die Weiterverwendung der neu verschriebenen oder zurückgegebenen Betäubungsmittel gelten die Vorschriften über die Verschreibung und Nachweispflicht. Zivilrechtliche Fragen wie die Eigentumsübertragung an den Arzt oder die Apotheke können im Heimversorgungsvertrag des Heims oder Hospizes mit den jeweiligen Patienten geregelt werden.

Zu Artikel 35 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 10 Abs. 11 des Arzneimittelgesetzes (Regelung zur Kennzeichnung bei der Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen) und zu § 11 Abs. 7 des Arzneimittelgesetzes (Beifügung einer Ausfertigung der Packungsbeilage des Fertigarzneimittels bei der Abgabe von Teilmengen).

Zu Artikel 36 (Änderung des Apothekengesetzes)

Die Änderungen sind Folgeregelungen der Änderung von § 92 Abs. 7 Satz 1 SGB V.

Zu Artikel 37 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

Zu den Nummern 1 bis 3

Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen. Die Geschäfte der Schiedsstelle werden künftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt.

Zu Artikel 38 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 28d Abs. 3. Die Ergänzung legt den Zeitpunkt fest, ab dem ein Versicherter wieder in einer Versichertengruppe für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte gemeldet werden kann, wenn seine Teilnahme am Programm nach dem Ende einer Unterbrechung der Zugehörigkeit zur Krankenkasse fortgesetzt wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Erleichterung der Einschreibevoraussetzungen durch die Änderungen in § 28d Abs. 1.

Zu Nummer 3 (§ 28d)

Zu Buchstabe a

Die gegenwärtige Regelung, wonach die RSA-wirksame Einschreibung eines Versicherten von der Erstellung und Übermittlung einer vollständigen Erstdokumentation sowohl nach den Anlagen 2a, 4a, 6a, 8a, 10a und 12a (so genannte a-Datensätze) als auch nach den Anlagen 2b, 4b, 6b, 8b, 10b und 12b (so genannte b-Datensätze) abhängt, hat zu einer erheblichen bürokratischen Belastung aller am strukturierten Behandlungsprogramm Beteiligten, insbesondere von Ärzten, Patienten und Prüfdiensten geführt. Auch wenn Unvollständigkeiten der Erstdokumentation lediglich in den für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nicht unmittelbar relevanten Datenfeldern der a-Datensätze vorlagen oder weil die Datenstellen technische Probleme mit der fristgerechten Verarbeitung der großen Datenmengen hatten, mussten Versicherte aus einem strukturierten Behandlungsprogramm ausgeschrieben und aufwändig – unter vollständiger Wiederholung der umfangreichen Erstdokumentation – wieder eingeschrieben werden.

Daher soll eine RSA-wirksame Einschreibung künftig aufgrund der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten und der schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt durch Erstellung der Erstdokumentation des jeweiligen b-Datensatzes erfolgen. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Berechtigung eines Versicherten zur Teilnahme am Programm (und damit eine Geltendmachung der höheren standardisierten Leistungsausgaben) objektiv durch die Erfüllung evidenzbasierter medizinischer Diagnosekriterien begründet ist und das Vorliegen der erforderlichen Diagnose überprüfbar ist. Die Rechtssicherheit der RSA-Durchführung ist daher gewahrt. Die Erstellung und Übermittlung einer vollständigen Erstdokumentation auch des jeweiligen a-Datensatzes ist für die RSA-wirksame Einschreibung künftig dagegen nicht mehr erforderlich.

Für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme ist die Erstellung und Übermittlung einer vollständigen Erstdokumentation auch des jeweiligen a-Datensatzes weiterhin vertraglich zu vereinbaren. Die Überprüfung der Einhaltung dieser Verpflichtung erfolgt im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des Programms, deren Ergebnis der Entscheidung über die Aufrechterhaltung der Programmzulassung zugrunde gelegt wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich zum einen um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anfügung des Satzes 3 an § 28f Abs. 3. Zum anderen wird die Überprüfung der Programmteilnahme eines Versicherten auf der Grundlage der übermittelten Dokumentationen neu geregelt (Buchstabe c).

Der Erfolg eines strukturierten Behandlungsprogramms hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme des Versicherten ab, die durch die fristgemäße Übermittlung vollständig ausgefüllter Folgedokumentationen nachgewiesen wird. Nur

wenn dieser die im Programm vorgesehenen Mitwirkungspflichten erfüllt, ist eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten, die die Geltendmachung höherer standardisierter Leistungsausgaben durch die Krankenkasse rechtfertigt. Nach bisherigem Recht endet die Teilnahme eines Versicherten am Programm daher dann, wenn innerhalb von drei Jahren zwei der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen fehlen.

Zur Vermeidung einer drohenden Ausschreibung eines Versicherten aus einem Programm führen die Krankenkassen Erinnerungsaktionen bei dem behandelnden Arzt und dem Versicherten durch, wenn sie von der Datenstelle informiert werden, dass eine zu erstellende Dokumentation noch nicht vorliegt. Die bisherige Regelung hat dazu geführt, dass ein großer Teil dieser Erinnerungsaktionen ins Leere ging, weil sich die Wahrnehmung des Behandlungstermins durch den Versicherten, die Übermittlung der Folgedokumentation an die Datenstelle und die Benachrichtigung der Krankenkasse durch die Datenstelle zeitlich überschnitten haben. Durch diese aus nachträglicher Sicht überflüssigen Erinnerungsaktionen sind die Krankenkassen, die Datenstellen und die Arztpraxen mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand belastet worden. Die Neuregelung ermöglicht es, diese Erinnerungsaktionen wesentlich gezielter durchzuführen und sie auf die Versicherten zu beschränken, bei denen eine Ausschreibung aus einem Programm tatsächlich droht.

Außerdem können Arzt und Versicherter die Rechtsfolge einer Teilnahmebeendigung besser nachvollziehen, wenn der Versicherte zwei aufeinander folgende Behandlungstermine nicht wahrgenommen hat.

Die weitere Änderung der Regelung stellt klar, dass Folgedokumentationen und Korrekturen von Folgedokumentationen nicht mehr vom Arzt unterschrieben werden müssen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der behandelnde Arzt durch die Übermittlung einer Folgedokumentation die Verantwortung für die Richtigkeit ihres Inhalts übernimmt, auch wenn sie nicht seine Unterschrift trägt. Diese Regelung bewirkt insbesondere für das Personal in den Arztpraxen eine spürbare Verringerung des Verwaltungsaufwands und den Wegfall eines erheblichen Teils des Schriftverkehrs.

Weiterhin erforderlich bleibt die Unterschrift des Arztes dagegen für die Erstdokumentation, da diese die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den Arzt enthält, die die Grundlage für die Zuordnung des Versicherten zu den Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich darstellt.

Zu Buchstabe c

Durch die Regelung soll die Fortsetzung der Programmteilnahme von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet werden, wenn ein Versicherter, der vorübergehend bei einer anderen Krankenkasse versichert war, zu seiner früheren Krankenkasse zurückkehrt. Eine derartige Unterbrechung der Zugehörigkeit zur Krankenkasse kann etwa auftreten, wenn nach dem Ende einer Mitgliedschaft vorübergehend eine vom Ehepartner abgeleitete Familienversicherung bei dessen Krankenkasse bestanden hat, bevor aufgrund eines neuen Versicherungspflichttatbestands die Mitgliedschaft bei der früheren Krankenkasse fortgesetzt wird. Gibt ein Versicherter in diesem Fall durch die Wahrnehmung eines neuen Termins beim Arzt zu erkennen, dass er weiterhin am Programm teilnehmen will, wäre es ein sachlich nicht gerechtfertigter Formalismus, von ihm eine neue Einwilligungs- und Teilnahmeerklärung und vom Arzt eine erneute schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose zu verlangen. Aus Gründen der Vereinfachung reicht in diesen Fällen die Erstellung einer Folgedokumentation für die Fortsetzung der Programmteilnahme aus.

Da auf eine möglichst lückenlose Dokumentation nicht verzichtet werden kann, um eine hochwertige Qualität der Programme zu gewährleisten und eine aussagekräftige Evaluation zu ermöglichen, gilt dies nur, wenn sich die Unterbrechung der Zugehörigkeit zur früheren Krankenkasse über nicht mehr als sechs Monate erstreckt. Tatbestände, die nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 zur Ausschreibung aus einem Programm führen, sollen auch während der Unterbrechungszeit Berücksichtigung finden.

Zu Nummer 4 (§ 28f)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung in Absatz 1 Nr. 1 soll die vollständige Umstellung auf die elektronische Dokumentation erfolgen, die dann Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist. Die hierfür erforderliche Software soll durch Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zertifiziert werden. Die elektronische Erstellung und Übermittlung der Dokumentationen verbessert die Dokumentationsqualität, reduziert die Korrekturprozesse deutlich und entlastet Ärzte und Datenstellen. Durch eine angemessene Fristsetzung können regionale Besonderheiten bei der Einführung der elektronischen Dokumentationsübermittlung berücksichtigt werden. Diese Neuregelung soll zügig zu einer Vereinfachung sämtlicher Dokumentationsanforderungen führen. Sie betrifft neu beantragte Programme und bedeutet auch eine Umstellung aller bisherigen Verträge mit den Leistungserbringern in allen Regionen. Die geltende Übergangsregelung des § 28b Abs. 3 geht von einer Anpassungsfrist an das neue Recht von einem Jahr aus.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 28d Abs. 2 Nr. 2, durch die die Frist für die Übermittlung der Dokumentationen, deren Überschreitung zur Ausschreibung eines Versicherten aus einem Programm führt, auf die so genannten b-Datensätze beschränkt worden ist. Dadurch ist die Frist für die Übermittlung der so genannten a-Datensätze, die bisher ebenfalls in § 28d Abs. 2 Nr. 2 enthalten war, entfallen. Diese Frist ergibt sich künftig aus § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1. Da diese Datensätze den Krankenkassen in der Regel nicht unmittelbar übermittelt werden und daher nicht Grundlage für die Versichertensteuerung durch die Krankenkassen sind, ist für die Übermittlung dieser Datensätze eine längere Frist vorgesehen. Die Überprüfung der Einhaltung dieser Frist erfolgt ebenso wie die Prüfung der Vollständigkeit der betroffenen Dokumentationen im Rahmen der Evaluation eines Programms, deren Ergebnis Grundlage für die Verlängerung einer Programmzulassung

ist (vgl. § 137g Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 28d Abs. 2 Nr. 2, wonach Folgedokumentationen nicht mehr vom Arzt unterschrieben werden müssen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 7. Die Änderung ist erforderlich, da es sich bei § 28f Abs. 2a um eine Übergangsregelung handelt, die sich allein auf Tatbestände bezieht, die vor der Einführung der Regelung des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 lagen. Daher wird klargestellt, dass die Änderung des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 für § 28f Abs. 2a keine Bedeutung hat.

Zu Buchstabe d

Ist für die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms im Einzelfall keine Arbeitsgemeinschaft nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 vereinbart, erhält die Krankenkasse auch die über den Umfang des so genannten b-Datensatzes hinausgehenden Daten. Eine Trennung nach a- und b-Datensatz findet insoweit nicht statt. Aus Gründen der Gleichbehandlung ist daher eine Sonderregelung erforderlich, die sicherstellt, dass für die Einschreibung eines Versicherten und für die Beendigung der Teilnahme eines Versicherten am Programm nur diejenigen Angaben des a-Datensatzes maßgebend sind, die dem b-Datensatz entsprechen.

Zu Nummer 5 (§ 28g)

Die Verlängerung des Zulassungszeitraums der strukturierten Behandlungsprogramme von bisher maximal 3 Jahre auf 5 Jahre trägt der Tatsache Rechnung, dass sich die bisherige Regelung in der Praxis als zu kurz erwiesen hat, um in der Evaluation zu verwertbaren Ergebnissen zu führen. Außerdem ist die Evaluation der Programme (als Voraussetzung für eine Zulassungsverlängerung) gerade erst angelaufen, sodass aufgrund der relativ kurzen Laufzeit der Programme (im Verhältnis zur chronisch verlaufenden Erkrankung) noch keine validen Ergebnisse (z. B. im Hinblick auf die Bewertung der medizinischen Wirkungen) vorliegen. Erste Zwischenergebnisse der Evaluation (Struktur- und Prozessqualität) sollen zwar noch 2006 verfügbar sein, die Auswertung der medizinischen Ergebnisse (Ergebnisqualität), der Kosten und Lebensqualität ist aber erst im Jahr 2007 zu erwarten.

Zu Nummer 6

Zu § 31

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält die Vorgaben für die Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells durch das Bundesversicherungsamt. Maßgebliche Leitlinien hierfür sind die Manipulationsresistenz des Modells, um medizinisch nicht indizierte Leistungsausweitungen (Medikalisierung oder Hospitalisierung) zu vermeiden, die Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion und Anhaltspunkte dafür, welche der derzeit im Ausland im Einsatz befindlichen Klassifikationsmodelle diesen Anforderungen entsprechen, enthält das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte Gutachten „Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Eine Anpassung des gewählten Klassifikationsmodells ist erforderlich, weil die im Einsatz befindlichen Klassifikationsmodelle für andere Gesundheitssysteme, insbesondere für das US-amerikanische Gesundheitssystem, entwickelt worden sind, die sich grundlegend von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden. Zu der insoweit erforderlichen Anpassung gehört etwa die Bereinigung des Modells um in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht relevante Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe, die Aufnahme zusätzlicher Diagnosen oder Arzneimittelwirkstoffe und die Anpassung an leistungsrechtliche Besonderheiten, wie etwa die spezifische Abgrenzung erstattungsfähiger Arzneimittel.

Durch die weitere Vorgabe, dass das gewählte und an die spezifischen Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung angepasste Klassifikationsmodell an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern ist, soll eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung sichergestellt werden, um die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen zu erhöhen. Um nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase zu vermeiden, sollen Risikozuschläge daher zunächst nur für ein begrenztes Krankheitsspektrum ermittelt werden. Die Ausgaben für die hiervon nicht erfassten Krankheiten werden weiterhin den Alters- und Geschlechtsgruppen zugeordnet. Der Prozess der Filterung des Modells darf allerdings nicht dazu führen, dass die Prognosegüte des Modells den Wert von 12 Prozent bezogen auf die Messgröße R^2 unterschreitet.

Die Sätze 3 und 4 enthalten die Vorgaben für die Auswahl der maßgeblichen Krankheiten. Die Auswahl soll sich danach auf Krankheiten erstrecken, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch mit einer begrenzten Zahl von Krankheiten ein hohes Maß an Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs erreicht wird.

Zu Absatz 2

Beim Bundesversicherungsamt wird ein wissenschaftlicher Beirat errichtet, der dieses in Bezug auf die Anpassung des Klassifikationsmodells und seine laufende Pflege zu beraten hat. Aufgabe dieses wissenschaftlichen Beirats ist es auch, in Form eines Gutachtens die für die Filterung des Modells nach Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Krankheiten auszuwählen und die Auswahl dieser Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden vom Bundesministerium für Gesundheit bestellt. Der wissenschaftliche Beirat ist bei der Erfüllung seiner Aufgaben an die gleichen Kriterien gebunden, die bei der Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells zu beachten sind (Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1).

Zu Absatz 3

Bei der Bestellung der Mitglieder des Beirats ist sicherzustellen, dass alle maßgeblichen Disziplinen angemessen vertreten sind.

Zu Absatz 4

Da derzeit kein unmittelbar in der gesetzlichen Krankenversicherung einsetzbares Versichertenklassifikationsmodell existiert, sondern ein Rückgriff auf im Ausland entwickelte Modelle erforderlich ist, die an die spezifischen Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden müssen, ist eine Festlegung der maßgeblichen Morbiditätskategorien in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nicht möglich. Daher wird dem Bundesversicherungsamt die Aufgabe übertragen, diese Festlegung im Rahmen der Vorgaben der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu treffen. Darüber hinaus hat es auch die technischen Festlegungen zu treffen, die für die Ermittlung der Risikozuschläge für die einzelnen Morbiditätskategorien erforderlich sind. Hierzu gehören insbesondere die Festlegung des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätskategorien und das Verfahren der Regressionsrechnung zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren. Darüber hinaus sieht die Regelung vor, dass gesonderte Morbiditätsgruppen für Personen zu bilden sind, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangen Jahres eine Erwerbsminderungsrente erhalten haben.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift regelt die Tragung der Kosten, die durch die Entwicklung und Pflege des Klassifikationsmodells entstehen. Da dieses Modell der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen dient und damit eine zentrale Rahmenbedingung für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen darstellt, ist es sachgerecht, dass die Kosten hierfür auch von den Krankenkassen getragen werden.

Zu § 32

Die Regelung enthält die notwendigen Folgeregelungen für die Durchführung des monatlichen Ausgleichsverfahrens ab 2009. Sie sieht insbesondere – wie bei der Durchführung des Jahresausgleichs auch – eine versichertenbezogene Übermittlung der Versicherungszeiten vor. Allerdings ist die Meldung der Versicherungszeiten künftig nur noch in Halbjahresabständen zu erstatten.

Zu § 33

Zu Absatz 1

Nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen vom Zeitpunkt der Einführung des Gesundheitsfonds an Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme entstehen. Die Regelung enthält die in § 270 Abs. 1 Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene nähere Bestimmung dieser standardisierten Aufwendungen für den Zeitraum nach der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich, d. h. vom Berichtsjahr 2009 an. Auch wenn die in diese Programme eingeschriebenen Versicherten von diesem Zeitpunkt an nicht mehr in gesonderten Versichertengruppen erfasst werden, soll der Anreiz für die Krankenkassen, sich in besonderer Weise um eine qualitativ hochwertige Versorgung chronisch Kranker zu bemühen, erhalten bleiben. Allerdings wird von 2009 an die Zahlung dieser Zuweisung daran geknüpft, dass die Qualität der Programme durch die Evaluation bestätigt worden ist. Bis zum Vorliegen der vorgesehenen Evaluationsberichte handelt es sich daher nur um vorläufige Zahlungen. Stellt sich im Rahmen der Evaluation heraus, dass ein Programm den Qualitätsanforderungen nicht genügt, und hebt das Bundesversicherungsamt deshalb die Zulassung des Programms auf oder lehnt es die Verlängerung der Zulassung ab, sind die erhaltenen Zuweisungen zurückzuzahlen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Verfahren zur Ermittlung der Höhe der Zuweisung für die Programmkosten und zur Festlegung des Meldeverfahrens für die eingeschriebenen Versicherten. Die Festlegung eines gesonderten Meldeverfahrens ist erforderlich, da die eingeschriebenen Versicherten ab 2009 nicht mehr in gesonderten Versichertengruppen erfasst werden.

Zu § 34

Zu Absatz 1

In den Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist festgelegt, dass sich die Belastungen aufgrund der Einführung der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Mio. Euro aufbauen. Hierfür schätzt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Bundesland die Höhe der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen ohne Einführung des Gesundheitsfonds aufgrund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools und stellt sie der Belastung nach Einführung des Gesundheitsfonds gegenüber. Für diese Gegenüberstellung ist die Erhebung einer Vielzahl zusätzlicher Daten notwendig, die eine Änderung zahlreicher Rechtsvorschriften erforderlich macht. Soweit die Erhebung der zusätzlich erforderlichen Daten in dieser Verordnung geregelt werden kann, sind sie in dieser Vorschrift enthalten.

Zu Absatz 2

Wenn für ein Ausgleichsjahr für kein Land eine Überschreitung des Schwellenwertes festgestellt wird, laufen die Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) aus. Die Erhebung der Daten nach Absatz 1 ist dann nicht weiter erforderlich.

Zu Artikel 39 (Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen)

Das Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen ist bis zum 1. Januar 2007 befristet worden, da nach der im Jahr 2003 bestehenden Gesetzeslage davon auszugehen war, dass zu diesem Zeitpunkt die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs durch eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede in Kraft treten würde. Da die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich wegen der erforderlichen Vorarbeiten voraussichtlich jedoch erst zum 1. Januar 2009

in Kraft treten kann, ist das Moratorium entsprechend zu verlängern. Die Verlängerung bis zum 31. Dezember 2008 ermöglicht den betroffenen Krankenkassen, im Lauf des Jahres 2008 die Vorbereitungen für eine Öffnung zu treffen, sodass diese in Übereinstimmung mit der Neuregelung in § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 zum 1. Januar 2009 wirksam werden kann.

Zu Artikel 40 (Aufhebung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse)

Der Zweck des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse bestand darin, den Mitgliederkreis dieser Krankenkassen bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen zu stabilisieren. Durch die Regelungen dieses Gesetzes, insbesondere durch die Möglichkeit dieser Krankenkassen, sich vom 1. April 2007 an für Versicherte zu öffnen, die keinen Bezug zum Bergbau oder zur Seeschifffahrt haben, ist das Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse entbehrlich geworden und kann daher aufgehoben werden.

Zu Artikel 41 (Änderung des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Redaktionelle Anpassung. Die Regelung betrifft einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum und ist somit entbehrlich geworden.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Gründung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der die Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen übernimmt.

Zu Artikel 42 (Änderung des Transplantationsgesetzes)

Zu § 11

Folgeänderung aufgrund der Neuorganisation der Verbände der Krankenkassen. Die Vertretung der Krankenkassen auf Bundesebene wird in einem Spitzenverband konzentriert.

Zu Artikel 43 (Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag)

Zu Nummer 1 (§ 178b)

Der neue Absatz 1a regelt einen Direktanspruch der Leistungserbringer auf Bezahlung ihrer Leistungen gegenüber den Krankenversicherern. Der Anspruch ist komplementär zur ihrer neu eingeführten Pflicht, privat Versicherte im Basistarif ambulant zu denselben Konditionen zu behandeln wie GKV-Versicherte.

Zu Nummer 2 (§ 178c)

Das Recht der Versicherer, Wartezeiten zu vereinbaren, wird gegenüber der bestehenden Rechtslage nicht weiter eingeschränkt. Bisher privat Versicherte, die von der Portabilität Gebrauch machen oder deren Vorvertrag sonst beendet wurde, werden Personen gleichgestellt, die aus der GKV in die PKV wechseln. Dies führt in der Praxis dazu, dass für die meisten Versicherten, die von einem privaten Versicherer zu einem anderen wechseln, keine Wartezeiten gelten.

Zu Nummer 3 (§ 178e)

Beihilfetarife nach bisherigem Recht erfüllen nicht die Anforderungen, die für die Portabilität erfüllt sein müssen, weil ihr Leistungsumfang bisher nicht durch denjenigen der GKV, sondern gewissermaßen spiegelbildlich durch die Beihilfebestimmungen des Bundes und der Länder bestimmt werden. Diese unterscheiden sich – in unterschiedlichem Ausmaß – vom Leistungsumfang der GKV. Für Beihilfeberechtigte werden eigene Varianten des Basistarifs geschaffen; diese entsprechen im Leistungsumfang dem Basistarif, nur der Prozentsatz der Erstattung kann unterschiedlich sein. Eine spiegelbildliche Nachbildung von Beihilfeänderungen im Basistarif ist daher nicht vorzusehen.

Zu Nummer 4 (§ 178f)

Bislang beschränkte sich der Wettbewerb der privaten Versicherungsunternehmen im Wesentlichen auf die Neuanwerbung von jungen (gesunden) Kunden, während für ältere Versicherte ein Versicherungswechsel häufig mit erheblichen Prämienerhöhungen verbunden war.

Eine praktikable Lösung für die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen beim Wechsel von einem privaten Versicherungsunternehmen zu einem anderen erfordert die nachfolgenden Voraussetzungen an die Versicherungstarife:

– einheitliche Leistungsbeschreibungen, für die eine Mitgabe der Alterungsrückstellungen möglich sein soll,
– Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen,
– Risikoausgleich zwischen den Unternehmen.

Diese Voraussetzungen sind für den Basistarif erfüllt. Für diese wird die Portabilität in vollem Umfang eingeführt. Für Tarife, die im Leistungsumfang über den Basistarif hinausgehen, die also Leistungen beinhalten, die z. B. auch in Zusatzversicherungen zur GKV enthalten sind, wird die Portabilität nur „in Höhe des Basistarifs“ eingeführt.

Zu Buchstabe a

Die Änderung durch Buchstabe a erweitert das Recht auf Mitnahme der Alterungsrückstellung (einschließlich der Rückstellungen nach § 12 Abs. 4a und § 12a Abs. 2 VAG), das bisher nur bei einem Tarifwechsel bei demselben Versicherungsunternehmen bestand, auf den Wechsel zu einem anderen privaten Versicherungsunternehmen. Bei einem Wechsel von einem privaten Versicherungsunternehmen zu einem anderen werden die Ansprüche zwischen allen Versicherern über das Ausgleichssystem nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes ausgeglichen.

Damit die Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel auch nicht teilweise verloren geht, wenn der Versicherungsnehmer aus einem Tarif mit höheren Leistungen in den Basistarif wechselt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, in diesem Fall den Abschluss einer Zusatzversicherung zu verlangen, in die der überschießende Teil der Alterungsrückstellung eingebracht wird. Dies gilt sowohl bei einem Tarifwechsel innerhalb des Unternehmens wie bei einem Wechsel zu einem anderen Unternehmen.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass der Versicherungsnehmer auf das Recht zur Portabilität nicht verzichten kann, was zur Begrenzung einer negativen Risikoentmischung erforderlich ist.

Zu Buchstabe b

Durch Buchstabe b wird ein Recht auf Abschluss einer Anwartschaftsversicherung geschaffen. Eine Anwartschaftsversicherung gibt dem Versicherungsnehmer das Recht, ein bestehendes Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzuführen. Ein solcher Anspruch ist von Bedeutung für Personen, die vorübergehend die Leistungen der PKV nicht in Anspruch nehmen können, z. B. wegen eines Auslandsaufenthalts. Eine Anwartschaftsversicherung kann jedoch auch rückwirkend abgeschlossen werden (vgl. § 2 Abs. 1 VVG), sodass nicht mehr PKV-Versicherte über eine Nachzahlung ein geringeres Eintrittsalter erreichen können. Die ursprünglich aufgebaute Alterungsrückstellung wird dabei allerdings in der Regel nicht mehr zu berücksichtigen sein, da sie nach der Kündigung des Vertrages zugunsten der übrigen Versicherten aufgelöst wurde.

Zu Nummer 5 (§ 178g)

Durch die Änderung wird bestimmt, dass im Basistarif das individuelle Risiko für die Prämienhöhe keine Rolle spielen darf. Da eine Erfassung individueller Risikodaten für das Funktionieren des Risikoausgleichs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes erforderlich ist, wird dieser Fall ausdrücklich geregelt.

Zu Artikel 44 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird an die nachfolgenden Änderungen angepasst.

Zu Nummer 2 (Zwischenüberschrift)

Die zu ändernden Regelungen befinden sich aus historischen Gründen im Kapitel „Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb“, obwohl sie nicht die Zulassung sondern die laufende Aufsicht betreffen. Durch die Einfügung neuer Zwischenüberschriften werden Unklarheiten hinsichtlich des systematischen Zusammenhangs der Regelungen beseitigt.

Zu Nummer 3 (Zwischenüberschrift)

Siehe Nummer 2.

Zu Nummer 4 (Zwischenüberschrift)

Siehe Nummer 2.

Zu Nummer 5 (§ 12)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt die private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung).

Für Versicherte in der substitutiven Krankenversicherung schafft Buchstabe a die Verpflichtung, die vorhandene Alterungsrückstellung bei Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen zu übertragen (Portabilität).

Zu Buchstabe b

Absatz 1a begründet die Pflicht der Krankenversicherer, einen Basistarif anzubieten. Da die Pflicht zum Angebot eines Basistarifs für alle Unternehmen der PKV gelten soll, ersetzt die Neuregelung die bisherigen Regelungen in § 257 SGB V.

Der Basistarif tritt neben die bisher bestehenden Tarife. Der Basistarif ist für bereits privat Krankenversicherte besonders interessant, die bislang Risikozuschläge bezahlen müssen. Es ist allerdings möglich, dass sich eine negative Risikoselektion ergibt, deren negative Folgen für das Prämienniveau im Basistarif sich nicht vollständig durch die vorgesehenen aufsichtsrechtlichen Regelungen (§ 12g VAG) vermeiden lassen.

Die Versicherten können im Basistarif Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro vereinbaren. Um die Möglichkeit der Risikoselektion zu begrenzen, müssen sich Versicherte – entsprechend der in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten Regelung (§ 53 SGB V) – bei der Wahl eines Selbstbehalts im Basistarif mindestens drei Jahre binden.

Absatz 1b begründet einen Kontrahierungszwang im Basistarif zugunsten bestimmter Personen, die sonst keinen oder keinen zumutbaren Versicherungsschutz erhalten könnten.

Absatz 1c erweitert für den Basistarif die bisher für den Standardtarif geltenden Regelungen zur Begrenzung der Prämienhöhe: Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

Absatz 1d sieht vor, dass der Verband der privaten Krankenversicherung auf der Grundlage der Regelungen des § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht festlegt. Nicht zum Verband der privaten Krankenversicherung gehörige Unternehmen können diese Regelungen mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht übernehmen.

Zu Buchstabe c

Für den Basistarif ist aufgrund des Kontrahierungszwangs ohne Möglichkeit von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen ein Risikoausgleich vorzusehen. Dieser setzt eine weitgehend einheitliche Kalkulation voraus. Dies dient auch der Transparenz. Die Regelung dient ferner dazu, dass die

übertragene Alterungsrückstellung nach den Rechnungsgrundlagen des abgebenden Unternehmens ausreicht, die erworbenen Rechte des Versicherten beim neuen Unternehmen zu finanzieren (vgl. auch § 8 KalV).

Zu Buchstabe d

Folgeänderung von Buchstabe a.

Zu Nummer 6 (§ 12c)

Für den Basistarif sind einheitliche Kalkulationsgrundlagen vorgesehen (s. o. Nummer 5 Buchstabe c). Mit der Änderung wird die Ermächtigungsgrundlage erweitert, um klarzustellen, dass sie auch eventuell erforderliche Regelungen zur Begrenzung von Zuschlägen deckt.

Die Berechnung des Übertragungswertes muss für alle Versicherer einheitlich erfolgen, um eine Risikoselektion zu verhindern und das angestrebte Ziel (Erhalt der erworbenen Rechte) zu erreichen. Hierfür schafft Buchstabe b die erforderliche Rechtsgrundlage.

Zu Nummer 7 (§ 12g)

Die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen führt zu der Gefahr einer Risikoentmischung des Bestands eines Krankenversicherers, d. h. zu der Gefahr, dass überdurchschnittlich viele „gute Risiken“ ihren Vertrag wechseln und das Versicherungsunternehmen auf den „schlechten Risiken“ „sitzen bleibt“. Neben den Gefahren für das Versicherungsunternehmen selbst führte dies zu unzumutbaren Prämienerhöhungen für die verbleibenden Versicherten.

Diese Gefahr kann nicht ausgeschaltet, aber begrenzt werden: Bei unternehmensübergreifenden Wechseln von Versicherten des Basistarifs (standardisiertes Produkt mit Annahmezwang) können die Risikoverschiebungen durch einen Risikoausgleich ausgeglichen werden. Entsprechende Systeme existieren bereits für den Standardtarif und insbesondere die private Pflegepflichtversicherung. Die Formulierung des Entwurfs orientiert sich daher an § 111 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Der Risikoausgleich erfasst nur den Basistarif, weil nur insoweit ein Kontrahierungszwang und ein standardisiertes Produktangebot besteht.

Im Basistarif darf aufgrund von Vorerkrankungen weder ein Risikozuschlag noch ein Leistungsausschluss vereinbart werden (siehe § 178g Abs. 1 VVG).

Der Risikoausgleich innerhalb des Basistarifs ist erforderlich, weil es ansonsten durch den Kontrahierungszwang unter Ausschluss von Risikoprüfungen zu einer ungleichmäßigen Belastung der Unternehmen mit Kosten aufgrund von Vorerkrankungen kommen würde. Die Aufwendungen zur Begrenzung des Beitrags im Basistarif werden wie bisher im Standardtarif auf alle Unternehmen/PKV-Vollversicherten verteilt.

Um die Kosten des Risikoausgleichs so gering wie möglich zu halten, soll die Aufgabe primär von der Branche selbst wahrgenommen werden. Entsprechende Erfahrungen liegen durch die Regelungen zum Standardtarif und zur Pflegeversicherung bereits vor.

Zu Nummer 8 (§ 161)

Durch die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen bleibt einem Versicherten beim Unternehmenswechsel – bei sonst gleichen Verhältnissen – das bisherige Eintrittsalter erhalten. Für den vorhandenen Bestand wird dies erst nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren eingeführt. Während der Übergangsfrist wird als bisheriges Eintrittsalter mindestens das Alter 40 angesetzt und so die zu übertragende Alterungsrückstellung gekürzt. Soweit der Versicherte nach dem 40. Lebensjahr erstmalig in der PKV versichert wurde, gilt das tatsächliche Eintrittsalter.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass in diesem Übergangszeitraum wechselnde Bestandsversicherte unter 40 Jahren die Kosten des Wechsels – wie bisher – selbst tragen müssen. Für eine Verbesserung der Wechselmöglichkeiten dieser PKV-Versicherten bleiben die Rechte aus dem zehnprozentigen Beitragszuschlag und der Direktgutschrift beim Unternehmenswechsel in vollem Umfang erhalten.

Zu Nummer 9 (Anlage Teil D Abschnitt II)

Durch den Ersatz des Standardtarifs durch den Basistarif, die neu geschaffenen Möglichkeiten zur Beitragsreduktion im Basistarif und die Einführung der Portabilität waren die Hinweispflichten anzupassen. Um Übereinstimmung mit den neuen Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes zur jährlichen Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Entwicklung seiner Ansprüche in der Lebensversicherung (§ 153 Abs. 3 VVG-E) zu gewährleisten, ist nach der Übergangsphase zur Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen auch hier eine jährliche Information vorzusehen.

Zu Artikel 45 (Änderung der Kalkulationsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Für substitutive Krankenversicherungen mit Ausnahme des Basistarifs erfolgt bei Wechsel zu einem anderen Unternehmen die Übertragung eines Übertragungswerts. Diese zusätzliche Leistung ist bei der Berechnung der Prämien und der Alterungsrückstellungen dadurch zu berücksichtigen, dass angemessene Wahrscheinlichkeiten zum Eintritt dieser Leistung angesetzt werden.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Der Basistarif ist so ausgestaltet, dass die Alterungsrückstellung bei Wechsel zu einen anderen Unternehmen übertragen wird. Ein Storno, bei dem die Alterungsrückstellung zugunsten des Tarifkollektivs entfällt, wird es im Basistarif zukünftig nur noch beim Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung geben.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Die Änderung ermöglicht die Einrechnung des erforderlichen Betrags in die Prämien aller Vollversicherten bzw. der Versicherten im Basistarif.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Die Regelung stellt klar, dass die rechnungsmäßige Finanzierung des Übertragungswerts gemäß § 13a bei Vollver-

sicherten mit sog. Bausteintarifen nicht in jedem dieser Tarife getrennt, sondern für den gesamten Vollversicherungsschutz einheitlich erfolgen muss. Dies ist technisch etwa durch einen „Zusatzbaustein“ möglich, dessen Leistung die Bereitstellung des Übertragungswerts ist.

Zu Nummer 5 (§ 12)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass eine analoge Anwendung des Absatzes 3 für den Basistarif nicht möglich ist. Die bisherigen Regelungen zum Wechsel zwischen anderen Tarifen bleiben bestehen.

Zu Nummer 6 (§ 13)

Diese Regelung dient zum einen der Umsetzung von § 178f Abs. 1 Buchstabe a Satz 2, wonach auch bei Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens nur der Übertragungswert angerechnet wird. Die Regelung ist zur Vermeidung einer Umgehung der Begrenzung bei Wechsel zu einem anderen Unternehmen nötig. Zum anderen wird klargestellt, dass der „überschießende“ Teil der Alterungsrückstellung nach den Regeln des Absatzes 1 bei gleichzeitig abgeschlossenen Zusatzversicherungen angerechnet wird.

Zu Nummer 7 (§ 13a)

Mit der Regelung wird der Übertragungswert definiert. Für den Basistarif und alle Tarife bzw. Tarifkombinationen mit einer höheren Alterungsrückstellung wird die Alterungsrückstellung des Basistarifs als Übertragungswert festgesetzt; für Versicherte, die nicht im Basistarif versichert sind, handelt es sich um einen fiktiven Wert. Bei Tarifen bzw. Tarifkombinationen mit einer niedrigeren Alterungsrückstellung stellt die tatsächliche kalkulatorische Alterungsrückstellung den Übertragungswert dar. Für den Bestand ist eine fiktive Berechnung einer Alterungsrückstellung im Basistarif auch für Zeiten vor dessen Einführung erforderlich. Diese Rückrechnung ist bis zum Beginn der Vollversicherung nötig. Die Unternehmen sollen dabei möglichst einheitliche Rechnungsgrundlagen verwenden. Dies ist für die Rechnungsgrundlage Sterblichkeit nicht ohne weiteres möglich, da es vor Einführung der Sterbetafel PKV 2000 keine speziellen Tafeln für die Krankenversicherung gab und die Unternehmen verschiedene Tafeln verwendet haben. Daher erfolgt in Buchstabe a die Regelung, dass die Unternehmen die Tafel anzusetzen haben, die sie in dem betreffenden Jahr für neue Tarife und den Neubestand bei Neukalkulation bestehender Tarife angesetzt haben.

Zu Artikel 46 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. April 2007 in Kraft tritt, soweit in den Abätzen 2 bis 7 nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung, wonach ein Wechsel abhängig Beschäftigter von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung nur noch dann möglich ist, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren übersteigt, soll zur Vermeidung von Vorzieheffekten am Tag der ersten Lesung in Kraft treten. Von diesem Zeitpunkt an mussten die von der Änderung Betroffenen mit der Erschwerung der Wechselmöglichkeit von der PKV zur GKV rechnen.

Soweit von dieser Regelung Personen betroffen sind, die die am Tag der ersten Lesung geltenden Voraussetzungen für einen Wechsel zur PKV erfüllt hatten, diesen aber noch nicht unternommen hatten, handelt es sich um eine unechte Rückwirkung, da nicht nachträglich ändernd in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingegriffen wird. Eine unechte Rückwirkung ist grundsätzlich zulässig, da ein noch nicht betätigtes Vertrauen in den Fortbestand der bisherigen Rechtslage grundsätzlich nicht geschützt ist.

Soweit von der Regelung Personen betroffen sind, die zwischen dem Tag der ersten Lesung und der Verkündung im Bundesgesetzblatt eine private Krankenversicherung begründet haben, obwohl ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt noch nicht in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat, handelt es sich zwar um eine echte Rückwirkung, da die Betroffenen vom Tag der ersten Lesung an wieder in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Diese ist aber nach den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Maßstäben ausnahmsweise zulässig.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann ein Vertrauensschutz dort nicht in Frage kommen, wo das Vertrauen auf den Fortbestand einer bestimmten Rechtslage nicht gerechtfertigt wäre. Bedenken gegen die Rückwirkung eines Gesetzes sind daher nur dann berechtigt, wenn rückwirkende Eingriffe in Rechte oder Rechtslagen des Bürgers vorgenommen werden, mit denen dieser in dem Zeitpunkt, von dem an sie gelten sollen, nicht rechnen konnte und er sie daher bei verständiger Vorausschau im privaten und beruflichen Bereich nicht zu berücksichtigen brauchte (BVerfGE 8, 304).

Zwar ist im Allgemeinen das Vertrauen der Betroffenen erst dann nicht mehr schutzwürdig, wenn der Deutsche Bundestag das in die Vergangenheit rückwirkende Gesetz beschlossen hat (BVerfGE 14, 298). Die besonderen Umstände der vorliegenden Regelung rechtfertigen es jedoch, das Vertrauen schon von einem früheren Zeitpunkt an als nicht mehr schutzwürdig anzusehen.

Die Änderung in § 6 Abs. 1 Nr. 1, insbesondere ihr vorgezogenes Inkrafttreten, ist ein wesentlicher Baustein zur Stärkung des Solidarprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein späteres Inkrafttreten würde erfahrungsgemäß dazu führen, dass eine große Zahl der von der Neuregelung Betroffenen von der Wechselmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung noch kurzfristig Gebrauch machen würde. Bereits jetzt kann beobachtet werden, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen ihre Anstrengungen, die betroffenen Personen zu einem Wechsel in die private Krankenversicherung zu bewegen, erheblich verstärken. Da es sich hierbei ausnahmslos um weit überdurchschnittlich günstige Versicherungsrisiken handelt, wäre der Mittelabfluss aus der gesetzlichen Krankenversicherung beträchtlich und allenfalls nur über einen längeren Zeitraum wieder auszugleichen. Das finanzielle Gleichgewicht der in den Eckpunkten vorgesehenen Maßnahmen wäre empfindlich gestört. Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung stellt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts jedoch einen überragend wichtigen Gemeinwohl-

belang dar (BVerfGE 10, 1 (30); 82, 209 (230); 103, 172 (184)). Dessen Beeinträchtigung kann nur durch das vorgezogene Inkrafttreten verhindert werden.

Demgegenüber werden die Betroffenen hierdurch nicht unzumutbar belastet. Anders als bei einer deutlichen Anhebung oder gar Aufhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird ihnen der Wechsel zur privaten Krankenversicherung nicht dauerhaft unmöglich gemacht. Vielmehr wird dieser Wechsel nur um einen begrenzten Zeitraum hinausgeschoben. Die hiermit verbundene Einschränkung ihrer Handlungsfreiheit ist im Interesse der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung in Kauf zu nehmen.

Das Gesetz sieht ein rückwirkendes Inkrafttreten der Regelungen im Zusammenhang mit der Gründung eines Instituts des Bewertungsausschusses für den ärztlichen Bereich vor, damit der Prozess der Professionalisierung des Entscheidungsverfahrens des Bewertungsausschusses unverzüglich eingeleitet wird und die erforderlichen personellen und organisatorischen Maßnahmen zügig und sachgerecht getroffen werden, um die bereits im Jahr 2007 zu erfüllenden Aufgaben (insbesondere die Neugestaltung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 87 Abs. 2a) fristgerecht abzuarbeiten.

Zu Absatz 3

Die Maßnahmen zu dem GKV-Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser treten zum 1. Januar 2007 in Kraft, um die Entlastung der Krankenkassen für das gesamte Jahr 2007 in vollem Umfang sicherzustellen.

Das im Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen (Artikel 39) enthaltene Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen bis zum 1. Januar 2007 befristet war, muss seine Verlängerung ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2007 in Kraft treten, damit eine nahtlose Geltung des Moratoriums gewährleistet ist.

Zu Absatz 4

Damit die Wahlordnung möglichst zeitnah mit Inkrafttreten des Gesetzes in Kraft treten kann, ist das Inkrafttreten der Ermächtigungsnorm vorzuverlegen.

Zu Absatz 5

Ein Großteil der in Absatz 5 genannten Vorschriften betrifft die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen. Das Inkrafttreten der darauf bezogenen Vorschriften zum 1. Januar 2008 erklärt sich daraus, dass bis zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Bundesverbände in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts ihre bisherigen Aufgaben unverändert fortführen. Danach werden die Aufgaben in aller Regel von dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernommen, der grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt für sämtliche Aufgaben zuständig wird, die nicht wettbewerblicher Art sind und früher gemeinsam und einheitlich von den alten Bundesverbänden erledigt wurden.

Weiter betrifft der Absatz die Regelungen zur Neuorganisation und Professionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese treten zum 1. Januar 2008 in Kraft, da die Umgestaltung des maßgeblichen Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Organisationsreform der Krankenkassen aufbaut. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist ab diesem Zeitpunkt arbeitsfähig und vertritt die Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Regelungen, die die private Krankenversicherung betreffen, treten zum 1. Januar 2008 in Kraft.

Zu Absatz 6

Spätestens bis zum 1. November 2008 legt nach § 241 des Fünften Buches die Bundesregierung den ab dem 1. Januar 2009 geltenden allgemeinen Beitragssatz fest. Gemäß § 163 Abs. 10 Satz 5 SGB VI hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales den Faktor F bis zum 31. Dezember eines Jahres für das Folgejahr bekannt zu geben. Um eine rechtzeitige Bekanntmachung zu gewährleisten, ist das Inkrafttreten dieser Regelung zum 1. November 2008 erforderlich.

Zu Absatz 7

Die Regelungen zur Errichtung des Gesundheitsfonds und die damit in Zusammenhang stehenden Regelungen über den Beitragseinzug und die Beitragsgestaltung, insbesondere die Festschreibung des Beitragssatzes, treten zeitgleich mit den neugefassten Regelungen über den Risikostrukturausgleich zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Zum 1. Januar 2009 wird die Etablierung der neuen Verbandsstruktur abgeschlossen. Dies bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Bundesverbände als Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts.

Zu Absatz 8

Die Regelung über die Einrichtung von Weiterleitungsstellen (beauftragten Stellen) tritt zum 1. Januar 2011 in Kraft. Damit ist sichergestellt, dass die notwendigen vorbereitenden Planungen und Maßnahmen zur Errichtung der Weiterleitungsstellen getroffen werden können.

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung im Vergleich zu den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen ab dem Jahr 2007 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres um rd. 1,8 Mrd. Euro entlastet. Geschätzten Minderausgaben mit einem Entlastungsvolumen von rd. 2,1 Mrd. Euro stehen geschätzte Mehrausgaben von rd. 0,3 Mrd. Euro gegenüber. Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April werden die Maßnahmen in 2007 (mit Ausnahme der Regelungen zu den Abschlägen für Krankenhausrechnungen) nur für einen Zeitraum von 9 Monaten finanzwirksam, sodass sich für dieses Jahr eine finanzielle Entlastung von rd. 1,4 Mrd. Euro ergibt.

Jährliche Minderausgaben resultieren aus folgenden Maßnahmen:

– Umstellung auf Arzneimittelhöchstpreise	rd. 1,00 Mrd. Euro
– Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen bei Arzneimitteln	rd. 0,10 Mrd. Euro

– Ausschreibung bei Hilfsmitteln	rd. 0,30 Mrd. Euro
– Abschlag Krankenhausrechnungen (in 2007 und 2008)	rd. 0,35 Mrd. Euro
– Verzicht auf Rückzahlung nicht verausgabter Mittel zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung an Krankenhäuser (in 2007 und 2008)	rd. 0,05 Mrd. Euro
– Ausgabenabschlag bei Fahrkosten	rd. 0,10 Mrd. Euro
– Festzuschüsse bei Rehabilitationsmaßnahmen	rd. 0,10 Mrd. Euro
– Entlastungen bei Folgekosten für Schönheitsoperationen	rd. 0,05 Mrd. Euro
Entlastungsvolumen in 2007 (Wirkungszeitraum 1. April bis 31. Dezember)	rd. 1,6 bis 1,7 Mrd Euro
(Zusätzlich Mindererlösausgleich Krankenhaus ab 2008)	rd. 0,10 Mrd. Euro

Jährliche Mehrausgaben resultieren ab 2007 aus folgenden Maßnahmen:

– Verbesserung der Palliativversorgung (2008 rd. 0,13 Mrd. Euro, 2009 rd. 0,18 Mrd. Euro, 2010 rd. 0,24 Mrd. Euro)	rd. 0,08 Mrd. Euro
– Verbesserung der geriatrischen Rehabilitation und Aufnahme in Regelleistungskatalog (ab 2008 rd. 0,1 Mrd. Euro)	rd. 0,05 Mrd. Euro
– Aufnahme von Mütter-/Väter-Kind-Kuren in Regelleistungskatalog	rd. 0,07 Mrd. Euro
– stationäre Behandlungspflege in besonders schweren Fällen	rd. 0,06 Mrd. Euro
– Aufnahme von Schutzimpfungen in Regelleistungskatalog	rd. 0,05 bis 0,10 Mrd. Euro
Mehrausgaben insgesamt (Wirkungszeitraum 1. April bis 31. Dezember 2007) (in 2008 rd. 0,4 Mrd. Euro, 2009 rd. 0,5 Mrd. Euro)	rd. 0,2 bis 0,3 Mrd. Euro

In 2008 erhält die gesetzliche Krankenversicherung durch den Bundeszuschuss für gesamtgesellschaftliche Aufgaben der GKV im Vergleich zum geltenden Recht Mehreinnahmen von rd. 1,5 Mrd. Euro. Dieser Zuschuss beträgt 2009 3,0 Mrd. Euro und soll in den Folgejahren weiter ansteigen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in 2007 nach geltendem Recht letztmalig ein Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 1,5 Mrd. Euro gezahlt wird.

Derzeit nicht abschätzbare finanzielle Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich darüber hinaus im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung durch die Ermöglichung eines Wechsels von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung erst nach dreimaliger Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Durch die vorgesehene Absenkung der Bemessungsgrundlage für kleinere Gruppen von freiwillig versicherten Selbständigen entstehen der GKV ab dem Jahr 2007 nicht exakt abschätzbare kalenderjährliche Mindereinnahmen in Höhe von bis zu 50 Mio. Euro.

Strukturelle Maßnahmen

Über die abschätzbaren finanziellen Wirkungen hinaus enthält das Gesetz eine Vielzahl von strukturellen Reformmaßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Diese Maßnahmen führen in der Regel nicht unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Realisierung von Einsparpotentialen für die gesetzliche Krankenversicherung, sondern wirken sich nach ihrer Einführung und Umsetzung durch die Beteiligten erst schrittweise in den Folgejahren aus.

Hierzu zählen insbesondere:

– Verbesserte Kooperationen innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems durch Beseitigung von Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege;

– verbesserte Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors durch Ausbau der integrierten Versorgung und Einführung vergleichbarer Vergütungssysteme bei gleichen Leistungen;

– Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes durch verbindliche Aufnahme von Hausarzttarifen in den Angebotskatalog bei allen Krankenkassen;

– Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung durch Einführung von Kosten-Nutzen-Analysen bei neuen Arzneimitteln, Verordnung von hochpreisigen Arzneimitteln nach Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten, Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit von Herstellerinteressen bei der Arzneimittelverordnung;

– verstärkte Anreize zur Prävention und Inanspruchnahme medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen bereits im Vorfeld eines eigenständigen Präventionsgesetzes;

– Straffung der Organisations- und Verbandsstrukturen durch Reform der Institutionen (insbesondere durch kassenartenübergreifende Fusionen und Neustrukturierung der Verbandsorganisation der Krankenkassen, Professionalisierung und Straffung der Arbeiten im gemeinsamen Bundesausschuss, moderner Zuschnitt der Aufgaben und Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen);

– Reduzierung von Bürokratie durch Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser, Vereinfachung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme, Vereinfachung und zielgenauere Ausrichtung des Risikostrukturausgleichs;

– stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung durch größere Vertragsfreiheiten der Krankenkassen im Verhältnis zu den Leistungserbringern;

– erweiterte Wettbewerbsmöglichkeiten im Verhältnis Versicherter/Krankenkassen durch Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten unter anderem durch die flexiblere Wahl der Kostenerstattung, fakultativen Selbstbehalt in begrenzter Höhe und zwischen besonderen und neuen Versorgungsformen.

Mehrausgaben im derzeit noch nicht quantifizierbaren Umfang können den Krankenkassen ab dem Jahr 2009 im Rahmen des neuen Vergütungssystems für vertragsärztliche Leistungen entstehen, in dem ein Anstieg der Morbidität zu höheren Honoraren der Ärzte führt, gleichzeitig aber die Kosten- und Mengensteuerung durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen im künftigen Vergütungssystem sichergestellt werden soll.

2. Finanzielle Auswirkungen auf die private Krankenversicherung

Die genauen Auswirkungen der Portabilität auf die Prämienhöhe in der privaten Krankenversicherung können nicht vorhergesagt werden. Die Einführung der Portabilität wirkt sich isoliert betrachtet prämienerhöhend aus, und zwar um so stärker, je niedriger die Eintrittsalter sind. Daraus folgt jedoch nicht zwangsläufig, dass sich die tatsächlich zu zahlenden Prämien im selben Ausmaß erhöhen, da der durch die Portabilität ermöglichte Wettbewerb zu Kosteneinsparungen führt. Für die Versicherten, die zu einem andern PKV-Unternehmen wechseln, ergeben sich durch die Portabilität nach dem Wechsel geringere Prämien als nach bisherigem Recht.

Da der Basistarif keine Risikozuschläge enthält, können Personen, die heute einen Risikozuschlag zahlen, durch Wahl des Basistarifs einen günstigeren Versicherungsschutz als bislang erhalten. Da die Risikokosten nur innerhalb des Basistarifs umgelegt werden, entsteht ggf. ein relativ zu den sonstigen Tarifen höheres Prämienniveau. Die Umlage der Aufwendungen zur Begrenzung des Beitrags im Basistarif auf alle Unternehmen/PKV-Vollversicherte führt dort zu geringfügig höheren Beiträgen. Der genaue Umfang lässt sich derzeit nicht quantifizieren.

Unklar ist, welche Fluktuation im Bestand nach Ablauf der Übergangsfrist eintritt. Der Wechselwunsch wird bei Personen eintreten, die ihre Prämien als zu hoch empfinden oder die aus anderen Gründen mit ihrem bisherigen Versicherer unzufrieden sind (etwa wegen des Services). Besonders hohe Prämien treten derzeit in Tarifen mit ungünstiger Alterstruktur, „Vergreisungstarife“, die nicht mehr am Markt verkauft werden und denen der Zugang guter junger Risiken fehlt, auf. Unternehmen, deren Bestand in toto eine relativ junge Altersstruktur aufweist, könnten den Versicherten in den alten Tarifen gezielte Umstellungsangebote für junge Tarife machen und so eine Abwanderung dieser Kunden verhindern. Der grundsätzlich durch derartige Bestandswanderungen bewirkte Effekt einer Prämienerhöhung in den Zieltarifen ist bei diesen Unternehmen gering. Andere Unternehmen könnten auch durch tarifpolitische Maßnahmen bestimmte Tarife unattraktiver machen, damit die älteren Kunden in den Basistarif abwandern. Welche Entscheidungen hier getroffen werden, hängt u. a. von Renditeerwartungen ab. Unternehmen, die in der Summe mehr neue Kunden gewinnen als verlieren, könnten über die durchschnittliche Fixkostensenkung Prämiensenkungen verwirklichen, während sich bei Unternehmen, die Kunden verlieren, die Prämien erhöhen, bzw. sich die Tarifkollektive auflösen entweder durch Wechsel innerhalb des Unternehmens oder durch Unternehmenswechsel.

3. Finanzielle Auswirkungen auf Bund, Länder und Gemeinden

a) Bund

Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt entstehen dem Bund im Vergleich zum derzeit geltenden Recht (unter Berücksichtigung der Maßnahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006) Mehrausgaben von 1,5 Mrd. Euro in 2008 und rd. 3 Mrd. Euro im Jahr 2009. Zusätzliche Steuerbelastungen sind mit diesen Mehrausgaben ebenso wenig verbunden wie Kürzungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder in anderen sozialen Sicherungssystemen. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen. Die entsprechende Finanzierung soll in der kommenden Legislaturperiode sichergestellt werden.

Finanzielle Entlastungen für den Bund ergeben sich durch die volle Übernahme der Verwaltungskosten durch die knappschaftliche Krankenversicherung ab dem 1. April 2007 von 42 Mio. Euro in den Jahren 2007 und 2008, 28 Mio. Euro im Jahr 2009 und 14 Mio. Euro im Jahr 2010.

Der Bund trägt nach § 37 Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler.

Die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen führen ab dem Jahr 2007 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres zu einer finanziellen Entlastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte in Höhe von rd. 20 Mio. Euro. Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April 2007 ergibt sich für dieses Jahr eine finanzielle Entlastung des Bundes von rd. 15 Mio. Euro.

Für die Durchführung des Gesundheitsfonds entsteht ab dem Jahr 2009 beim Bundesversicherungsamt ein geringfügiger zusätzlicher personeller Mehrbedarf, der jedoch nicht zu Mehraufwendungen für den Bundeshaushalt führt, da diese Stellen ebenso wie die bisher mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert werden. Für den Bund ergeben sich daraus insgesamt geringfügige finanzielle Entlastungen.

b) Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen aus den Maßnahmen dieses Gesetzes keine zusätzlichen Belastungen.

Den geschätzten Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Übernahme der Kosten für stationäre Behandlungspflege für besondere Ausnahmefälle in Höhe von rd. 60 Mio. Euro hierfür stehen Minderausgaben der Kommunen im Bereich der Sozialhilfe in ähnlicher Größenordnung gegenüber.

D. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen und begrenzt den Beitragssatzanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung ab der Einführung des Gesundheitsfonds. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit einem steigenden Bundeszuschuss werden die Kosten für die Wirtschaft und die Unternehmen stabilisiert. Je nach Unter- bzw. Überschreitung der Arbeitgeberanteile auf der Basis der bisherigen kassenindividuellen Beitragssätze im Vergleich zum Arbeitgeberanteil beim zukünftigen allgemeinen Beitragssatz können sich für die einzelnen Unternehmen sowohl Be- als auch Entlastungen ergeben. Diese Be- und Entlastungseffekte hängen davon ab, wie sich die Beschäftigten der betroffenen Unternehmen auf Kassen mit bislang unterproportionalen sowie auf Kassen mit bislang überproportionalen Beitragssätzen verteilen und sind im Einzelnen nicht quantifizierbar. Durch die Regelungen in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung kann das Preisniveau in diesen Teilsegmenten gedämpft werden. Im Bereich des Systems der privaten Krankenversicherung ist mit geringfügigen Mehrkosten der Versicherungsunternehmen für die Durchführung des Risikoausgleichs zu rechnen. Auswirkungen des Gesetzes auf Einzelpreise, Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht auszuschließen.

E. Gleichstellungspolitische Bedeutung

Das Gesetz hat keine gleichstellungspolitische Relevanz.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333