

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 19/15662 –**

**Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der
gesetzlichen Krankenversicherung**

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

- b) **zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby
Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/15790 –**

**Verbindliche patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben für alle
im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen einführen**

- c) **zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby
Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/15789 –**

**Lieferengpässe bei Arzneimitteln wirksam begrenzen, Abhängigkeit der
Arzneimittelversorgung vom Nicht-EU-Ausland abbauen**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/9233 –

Wettbewerb in der privaten Krankenkasse stärken – Altersrückstellungen beim Anbieterwechsel mitnehmen lassen

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/9565 –

Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

A. Problem

Zu Buchstabe a

Nach Darstellung der Bundesregierung bestehen weiterhin Wettbewerbsverzerrungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So seien einige Versichertengruppen (wie multimorbide, ältere Versicherte sowie Versicherte ohne diagnostizierte Krankheiten) mit Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds überdeckt, was bedeute, dass die Zuweisungen für diese Versicherten größer seien als die tatsächlichen Ausgaben. Andere Gruppen, wie unter anderem Versicherte mit hohen Leistungsausgaben, seien dagegen unterdeckt, weil die Ausgaben die Zuweisungen überstiegen. Fänden sich in der Versichertenstruktur einer Krankenkasse überdurchschnittlich viele Versicherte aus einer dieser Gruppen, könne dies zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Durch regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen entstünden ebenfalls erhebliche Über- beziehungsweise Unterdeckungen, die in einem bundesweit einheitlichen Finanzierungssystem zu Ungleichgewichten zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen führen könnten. Darüber hinaus könnten sich Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung auf die Zuweisungen an die Krankenkassen auswirken und im Ergebnis zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

Zu Buchstabe b

Neben den Pflegekräften gelte es, im Interesse der Patienten auch die anderen, in Krankenhäusern tätigen Berufsgruppen zu schützen. Fehlende Ärzte und die damit einhergehende Überlastung des vorhandenen Personals gefährdeten zum Beispiel die Patientenversorgung genauso wie fehlende Pflegekräfte. Die unlängst vorgenommene Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen und Pflegepersonaluntergrenzen seien deshalb nicht ausreichend, um eine qualitativ und quantitativ gute Versorgung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen.

Zu Buchstabe c

Die Zahl der Lieferengpässe bei Arzneimitteln ist nach Darstellung der Antragsteller in Deutschland deutlich angewachsen. Der Bundesgesundheitsminister habe unlängst darauf hingewiesen, dass Patienten zu Recht erwarteten, dass sie dringend notwendige Medikamente unverzüglich bekämen und dies „momentan leider zu häufig nicht der Fall“ sei. Deutschland sei bei der Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln vom Nicht-EU-Ausland abhängig.

Zu Buchstabe d

Derzeit ist der Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung (PKV) laut der Fraktion der AfD aufgrund der stark eingeschränkten Möglichkeiten der Versicherten, beim Anbieterwechsel die Altersrückstellungen mitzunehmen, sehr begrenzt. Der Wettbewerb finde deshalb in der PKV überwiegend bei Neukunden statt. Bereits Versicherte seien in der Realität häufig lebenslang an ihren Anbieter gebunden. Dieses Wettbewerbsdefizit vermindere die Effizienz der PKV und führt zu unnötigen Kosten für die Versicherten.

Zu Buchstabe e

Aktuell findet der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen nach Überzeugung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrages sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt. Gute Versorgungsqualität zahle sich für die Krankenkassen nicht aus. Wettbewerb im Gesundheitswesen solle jedoch kein Selbstzweck sein, sondern zentral das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dauerhaft zu beseitigen, ist es laut Bundesregierung notwendig, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im Risikostrukturausgleich (RSA) sowie im Organisationsrecht der Krankenkassen zu modernisieren und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung anzupassen. Der RSA werde mit dem Ziel gleicher Wettbewerbsbedingungen und der Stärkung der Manipulationsresistenz sowie der Präventionsorientierung weiterentwickelt. Dabei stünden systematische Verbesserungen des RSA im Fokus, die insbesondere die Reduzierung struktureller Fehldeckungen auf der Ebene von einzelnen Versicherungsträgern und im Hinblick auf die regionale Verteilung der Versicherten ermöglichen. Zugleich würden dadurch Risikoselektionsanreize verringert.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/15662 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, die Kosten für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen aus den Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) auszugliedern und verbindliche patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen einzuführen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/15790 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Es solle sichergestellt werden, dass pharmazeutische Unternehmen eine voraussichtlich über zwei Wochen hinausgehende Nichtverfügbarkeit eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels in Deutschland unverzüglich melden müssten, die betroffenen Arzneimittel nicht exportiert werden dürften und die Vergabe von Rabattverträgen gemäß § 130a Absatz 8 SGB V derart geändert werde, dass Zuschläge grundsätzlich auf mindestens zwei unterschiedliche Anbieter verteilt würden, von denen mindestens einer sowohl das Fertigarzneimittel als auch den darin enthaltenen Wirkstoff innerhalb der EU herstellt bzw. herstellen lasse.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/15789 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller fordern, dass alle in der privaten Krankenversicherung (PKV) Versicherten bei einem Anbieterwechsel ihre Altersrückstellungen zum neuen Anbieter mitnehmen können.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/9233 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Damit es den Versicherten möglich werde, eine informierte Entscheidung zur Auswahl ihrer Krankenkassen zu treffen, soll nach dem Willen der Antragsteller zügig ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring etabliert werden, das durch geeignete Kriterien eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen ermögliche und diese den Versicherten in einem Portal zugänglich mache. Außerdem soll der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen damit beauftragt werden, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen beispielsweise das besondere Engagement von Krankenkassen etwa für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf belohnt werde oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt würden, vorzulegen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/9565 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis e

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Weiterentwicklung des RSA

Für den Bund fallen den Angaben zufolge für die regelmäßige Evaluation des RSA alle vier Jahre rund 80 000 Euro Kosten für die anlassbezogene Vergütung der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats an. Aus den Regelungen zur Weiterentwicklung des RSA ergeben sich demnach für die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen Be- und Entlastungseffekte, die für die GKV insgesamt finanzneutral verlaufen.

Weiterentwicklung des Organisationsrechts

Keine.

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2020 ergäben sich für alle Kostenträger (einschließlich der privaten Krankenversicherungen) einmalige Mehrausgaben in Höhe von 250 Millionen Euro, die sich wie folgt verteilen: Für die GKV entstünden Mehrausgaben in Höhe von circa 225 Millionen Euro, die durch eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert würden. Im Bereich der Beihilfe ergäben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden einmalige Mehrausgaben in Höhe von rund 8 Millionen Euro. Davon entfielen auf den Bund knapp 2 Millionen Euro, auf die Länder zwischen 5 und 6 Millionen Euro und auf die Gemeinden knapp 1 Million Euro. Die Mehrausgaben des Bundes würden im Rahmen der bestehenden Ansätze in den jeweiligen Einzelplänen aufgefangen.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Den Angaben zufolge gibt es keinen Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Den Angaben zufolge gibt es keinen Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Für den Bund entsteht laut Bundesregierung ein einmaliger Aufwand in Höhe von insgesamt rund 270 000 Euro, vor allem durch die konzeptionellen Anpassungen der RSA-Systematik und ihrer IT-seitigen Umsetzung im Bundesversicherungsamt (BVA). Ferner entstehe dem BVA jährlicher Aufwand in Höhe von insgesamt 500 000 Euro, vor allem durch die dauerhafte Durchführung des Risikopools und die dauerhafte Umsetzung der Regionalkomponente, der Manipulationsbremse, der Vorsorgepauschale, für die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten sowie für die Begleitung der regelmäßigen Evaluation des RSA. Die Stärkung der Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA führe beim BVA zu einem Erfüllungsaufwand in Höhe von 360 000 Euro. Beim Prüfdienst des Bundes falle für die Prüfung unter anderem des Risikopools sowie der zusätzlich erhobenen Datenmeldungen für die Regionalkomponente ein Prüfaufwand in Höhe von ebenfalls 360 000 Euro jährlich an. Durch die im Rahmen des Erfahrungs- und Meinungsaustausches der Aufsichtsbehörden vorgesehenen Informationspflichten entstehe den Aufsichtsbehörden ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Durch die Neugestaltung der Haftungskaskade ergebe sich einmaliger, nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), um die angepassten Regelungen im Bereich der Haftungsprävention sowie der etwaigen Refinanzierung von Haftungsbeträgen umzusetzen. Durch die Errichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband entstehe dem GKV-Spitzenverband einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Den privaten Krankenversicherungen entstünden durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes einmalige Mehrausgaben im Jahr 2020 in Höhe von rund 17 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Erörterung.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 in geänderter Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/15790 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/15789 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/9233 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 19/9565 abzulehnen.

Berlin, den 12. Februar 2020

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüdgel
Vorsitzender

Karin Maag
Berichterstatterin

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatterin

Dr. Achim Kessler
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
 – Drucksache 19/15662 –
 mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung	Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)	(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
	Artikel 0
	Änderung des Arzneimittelgesetzes
	Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Nach § 10 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
	„(1a) Bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind und die durch Ärzte oder Zahnärzte unmittelbar an Patienten angewendet werden, kann die zuständige Bundesoberbehörde im Fall eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses auf Antrag des Zulassungsinhabers im Einzelfall gestatten, dass das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 befristet mit einer Kennzeichnung in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr gebracht wird.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Nach § 11 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:
	<p>„(1c) Bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind und die durch Ärzte oder Zahnärzte unmittelbar an Patienten angewendet werden, kann die zuständige Bundesoberbehörde im Fall eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses auf Antrag des Zulassungsinhabers im Einzelfall gestatten, dass das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 befristet mit einer Packungsbeilage in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr gebracht wird.“</p>
	3. Nach § 52b Absatz 3a werden die folgenden Absätze 3b bis 3f eingefügt:
	<p>„(3b) Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird ein Beirat eingerichtet, der die Versorgungslage mit Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, kontinuierlich beobachtet und bewertet. Im Beirat sollen ein Vertreter der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie die folgenden Verbände, Organisationen und Behörden vertreten sein:</p>
	1. die Fachgesellschaften der Ärzte,
	2. die Berufsvertretungen der Apotheker,
	3. die Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe,
	4. die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenverbände der pharmazeutischen Unternehmer,
	5. der Verband der vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen,
	6. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
	7. die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
	8. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
	9. die zuständigen Bundesoberbehörden und die zuständigen Behörden.
	Das Bundesministerium benennt die teilnehmenden Verbände und Organisationen des Beirats. Das Bundesinstitut für Arzneimittel

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>und Medizinprodukte macht die teilnehmenden Verbände und Organisationen auf seiner Internetseite bekannt. Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung, die das Nähere zum Verfahren und zur Arbeitsweise des Beirats regelt. Die Geschäftsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums.</p>
	<p>(3c) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstellt nach Anhörung des Beirats eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe und macht diese auf seiner Internetseite bekannt. Zudem macht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die ihm gemeldeten Lieferengpässe auf seiner Internetseite bekannt. Sofern Wirkstoffe oder Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Bekanntmachung nach den Sätzen 1 und 2 im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut.</p>
	<p>(3d) Die zuständige Bundesoberbehörde kann nach Anhörung des Beirats im Fall eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses eines Arzneimittels geeignete Maßnahmen zu dessen Abwendung oder Abmilderung ergreifen. Die zuständige Bundesoberbehörde kann insbesondere anordnen, dass pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen bestimmte Maßnahmen zur Gewährleistung der angemessenen und kontinuierlichen Bereitstellung von Arzneimitteln nach Absatz 1 ergreifen; dies schließt Maßnahmen zur Kontingentierung von Arzneimitteln ein. Bei Arzneimitteln mit versorgungskritischen Wirkstoffen kann die zuständige Bundesoberbehörde nach Anhörung des Beirats zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses Maßnahmen zur Lagerhaltung anordnen.</p>
	<p>(3e) Auf Anforderung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte haben pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses eines Arzneimittels Daten zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge sowie Informationen zu drohenden Lieferengpässen des jeweiligen Arzneimittels mitzuteilen. Sofern Wirkstoffe oder Arzneimittel im</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Anforderung der Daten im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Daten können dem Beirat auf seine Anforderung in anonymisierter Form zur Beobachtung und Bewertung übermittelt werden.</p>
	<p>(3f) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstellt nach Anhörung des Beirats eine Liste von Fertigarzneimitteln, für die eine regelmäßige Datenübermittlung zur Beurteilung der Versorgungslage erforderlich ist, und macht diese auf seiner Internetseite bekannt. Pharmazeutische Unternehmer übermitteln dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte regelmäßig Daten in elektronischer Form zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge von Fertigarzneimitteln, die auf der Liste nach Satz 1 aufgeführt sind. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann, soweit es zur Beurteilung der Versorgungslage erforderlich ist, auch von Arzneimittelgroßhandlungen eine regelmäßige Datenübermittlung in elektronischer Form zu verfügbaren Beständen und zur Absatzmenge von Fertigarzneimitteln, die auf der Liste nach Satz 1 aufgeführt sind, fordern. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt das Verfahren und die Formatvorlagen für die elektronische Übermittlung der Daten fest und gibt diese auf seiner Internetseite bekannt. Sofern Fertigarzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Erstellung der Liste von Fertigarzneimitteln, die Festlegung des Verfahrens und der Formatvorlagen sowie die Bekanntmachung im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Die Daten können dem Beirat auf dessen Anforderung in anonymisierter Form zur Beobachtung und Bewertung übermittelt werden.“</p>
	<p>4. § 97 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Nach Absatz 2 Nummer 16 wird folgende Nummer 16a eingefügt:</p>
	<p>„16a. entgegen § 52b Absatz 3e Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,“.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„Im Fall des Absatzes 2 Nummer 16a ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.“
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Sozialgerichtsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 5 Absatz 19 des Gesetzes vom 21. Juni 2019 (BGBl. I S. 846) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:	
„5. Streitigkeiten nach § 4a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“	
2. In Absatz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „zwischen“ die Wörter „gesetzlichen Krankenkassen untereinander betreffend den Risikostrukturausgleich sowie zwischen“ eingefügt.	
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	u n v e r ä n d e r t
Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 1 Satz 4 werden die Wörter „und 4 Absatz 4 Satz 1“ durch ein Komma und die Wörter „4 Absatz 4, § 4a Absatz 2 und 4 Nummer 5“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. In § 17 Satz 3 werden die Wörter „Achten Titels“ durch die Wörter „Dritten und Vierten Titels“ ersetzt.	
3. In § 34 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§§ 171f und 172“ durch die Angabe „§§ 162 und 163“ ersetzt.	
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 46 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 46 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 35a Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 147“ durch die Angabe „§ 149“ ersetzt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 90 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:	2. § 90 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:
„(4) Die Aufsichtsbehörden treffen sich mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch. Die Aufsichtsbehörden unterrichten sich dabei regelmäßig über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die von ihnen genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen der Krankenkassen. Soweit dieser Erfahrungs- und Meinungsaustausch Angelegenheiten der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau betrifft, nehmen auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft teil.	„(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Beschlüsse der Aufsichtsbehördentagung nach Absatz 4 ergehen einstimmig. Zu einem Beschluss in Angelegenheiten, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, ist eine Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen erforderlich. Jedes Land hat mindestens drei Stimmen, Länder mit mehr als zwei Millionen Einwohnern haben vier, Länder mit mehr als sechs Millionen Einwohnern fünf, Länder mit mehr als sieben Millionen Einwohnern sechs	(5) Beschlüsse der Aufsichtsbehördentagung nach Absatz 4 ergehen einstimmig. Zu einem Beschluss in Angelegenheiten, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, ist eine Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen erforderlich. Jedes Land hat mindestens drei Stimmen, Länder mit mehr als zwei Millionen Einwohnern haben vier, Länder mit mehr als sechs Millionen Einwohnern fünf, Länder mit mehr als sieben Millionen Einwohnern sechs

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Stimmen. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> hat 20 und das Bundesministerium für Gesundheit hat sechs Stimmen. Abweichend von Satz 2 kommt ein Beschluss nicht zustande, wenn mindestens drei Länder mit jeweils mehr als sieben Millionen Einwohnern gegen den Beschluss gestimmt haben. Weicht eine Aufsichtsbehörde in ihrer Aufsichtspraxis von einem Beschluss ab, unterrichtet sie die anderen Aufsichtsbehörden.“	Stimmen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat 20 und das Bundesministerium für Gesundheit hat sechs Stimmen. Abweichend von Satz 2 kommt ein Beschluss nicht zustande, wenn mindestens drei Länder mit jeweils mehr als sieben Millionen Einwohnern gegen den Beschluss gestimmt haben. Weicht eine Aufsichtsbehörde in ihrer Aufsichtspraxis von einem Beschluss ab, unterrichtet sie die anderen Aufsichtsbehörden.“
3. § 90a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	3. u n v e r ä n d e r t
„(2) Enthält die Satzung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung des Fünften Buches, wird der Zuständigkeitsbereich bestimmt durch die Region nach § 144 Absatz 3 des Fünften Buches, für die sie ihrer Satzung nach zuständig ist.“	
Artikel 4	Artikel 4
Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung	u n v e r ä n d e r t
In § 12 Absatz 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1627), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. November 2018 (BGBl. I S. 2023) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 171d Abs. 1“ durch die Angabe „§ 169 Absatz 1“ und die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 4 wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 4 Satz 2 bis 6 wird aufgehoben.	
c) Absatz 5 wird aufgehoben.	
2. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:	2. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:
„§ 4a	„§ 4a
Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung	Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung
(1) Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Dieser Wettbewerb muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf	(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf
1. Inhalt und Art der Werbung,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister, die zu Werbezwecken beauftragt werden,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften und Dritten zu Werbezwecken,	4. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a.	5. un verändert
Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das <i>Bundesversicherungsamt</i> übertragen.	Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.
(5) Beauftragen Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass die Beauftragten die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.	(5) un verändert
(6) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 des Vierten Buches und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.	(6) un verändert
(7) Krankenkassen können von anderen Krankenkassen die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen verlangen, die geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen. Die zur Geltendmachung des Anspruchs berechnete Krankenkasse soll die Schuldnerin vor der Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens abmahnen und ihr Gelegenheit geben, den Streit durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung beizulegen. Soweit die Abmahnung berechnigt ist, kann die Abmahnende von der Abgemahnten Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen. Zur Sicherung der Ansprüche nach Satz 1 können einstweilige Anordnungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden. Ist auf Grund von Satz 1 Klage auf Unterlassung erhoben worden, so kann das Gericht der obsiegenden Partei die Befugnis zusprechen, das Urteil auf Kosten der unterliegenden Partei öffentlich bekannt zu machen, wenn sie ein berechtigtes Interesse dartut. Art und Umfang der Bekanntmachung werden im Urteil bestimmt. Die Befugnis erlischt, wenn von ihr nicht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft Gebrauch	(7) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gemacht worden ist. Der Ausspruch nach Satz 5 ist nicht vorläufig vollstreckbar.“	
3. Der bisherige § 4a wird § 4b.	3. un verändert
	3a. Dem § 35a Absatz 1b werden die folgenden Sätze 1 und 2 vorangestellt:
	„Für zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes besteht die Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3; die ärztliche Behandlung mit einem solchen Arzneimittel unterliegt nicht der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den §§ 135, 137c oder 137h. Satz 1 gilt nicht für biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte.“
	3b. Nach § 35a Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:
	„(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen, wenn es sich um ein Antibiotikum handelt, das gegen durch multiresistente bakterielle Krankheitserreger verursachte Infektionen, für die nur eingeschränkte alternative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, wirksam ist und der Einsatz dieses Antibiotikums einer strengen Indikationsstellung unterliegt (Reserveantibiotikum). Der pharmazeutische Unternehmer hat seinen Antrag nach Satz 1 entsprechend zu begründen. Ein Antrag auf Freistellung nach Satz 1 ist nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats]. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Kriterien zur Einordnung eines Antibiotikums als Reserveantibiotikum bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] und ver-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>öffentlich diese Kriterien auf seiner Internetseite. Das Robert Koch-Institut hat zu diesen Kriterien im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine nicht abschließende Liste von multiresistenten bakteriellen Krankheitserregern nach Satz 1 zu veröffentlichen. Hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung für ein Reserveantibiotikum nach Satz 1 beschlossen, gilt der Zusatznutzen als belegt; das Ausmaß des Zusatznutzens und seine therapeutische Bedeutung sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zu bewerten. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 Satz 1 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch-Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist.“</p>
	3c. § 35a Absatz 3b wird wie folgt geändert:
	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „frühestens mit Wirkung zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens“ eingefügt.
	bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
	<p>„1. bei Arzneimitteln, deren Inverkehrbringen nach dem Verfahren des Artikels 14 Absatz 8 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist, genehmigt wurde oder für die nach Artikel 14-a der</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Verordnung (EG) Nr. 726/2004 eine Zulassung erteilt wurde, sowie“.
	cc) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:
	„Unter Beachtung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen sollen auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der betroffene pharmazeutische Unternehmer vor Erlass einer Maßnahme nach Satz 1 schriftlich beteiligt werden.“
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Klagen gegen eine Maßnahme nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt.“
	3d. In § 64b Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „acht“ durch die Angabe „15“ ersetzt.
4. § 71 wird wie folgt geändert:	4. unverändert
a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.	
b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	
„Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung haben keine aufschiebende Wirkung.“	
5. § 73b Absatz 5 Satz 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	5. entfällt
„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarungen, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Monats] anzupassen.“	
6. In § 77 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 144 Absatz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 155 Absatz 2, 5 und 6“ ersetzt.	6. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. § 83 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	7. entfällt
<p>„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Vereinbarungen, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Monats] anzupassen.“</p>	
8. § 87a wird wie folgt geändert:	8. § 87a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:	a) Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:
<p>„Ab dem Jahr, in dem die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 2 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen.“</p>	<p>„Ab dem Jahr, in dem die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 2 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen.“</p>
b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
<p>„(5a) Der Bewertungsausschuss erstellt zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz über die der Empfehlung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 zugrunde liegenden Datengrundlagen einen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit der Empfehlung und den der Empfehlung zugrunde liegenden weiteren Beratungsunterlagen vorzulegen. § 87 Absatz 6 Satz 10 gilt entsprechend.“</p>	
9. In § 92a Absatz 4 Satz 4 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7“ ersetzt.	9. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	9a. Nach § 129 Absatz 4b wird folgender Absatz 4c eingefügt:
	<p>„(4c) Eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit rabattierten Arzneimitteln ist von den Vertragspartnern nach Absatz 2 sicherzustellen. Ist ein rabattiertes Arzneimittel bei Vorlage der ärztlichen Verordnung nicht verfügbar, ist die Apotheke unmittelbar zur Abgabe eines lieferbaren wirkstoffgleichen Arzneimittels nach Maßgabe des § 129 Absatz 1 Satz 2 berechtigt. Ist bei einer Abgabe nach Satz 2 kein Arzneimittel zum Festbetrag verfügbar, trägt die Krankenkasse abweichend von § 31 Absatz 2 Satz 1 die Mehrkosten. Das Nähere zur unmittelbaren Abgabe nach den Sätzen 2 und 3 und zur Abrechnung ist im Rahmenvertrag nach Absatz 2 festzulegen.“</p>
	9b. In § 130a Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 20i“ die Angabe „Absatz 1“ gestrichen.
	9c. Dem § 130b Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:
	<p>„Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort. Abweichend von Satz 1 gelten die Absätze 1 und 4 ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend, soweit und solange für den Wirkstoff noch Patentschutz besteht. Wird für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt, gelten die Sätze 1 und 2 nicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde Auskunft über das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels verlangen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Laufzeit des Patentschutzes nach Satz 2.“</p>
10. § 137g wird wie folgt geändert:	10. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1, 6, 11 und 12 wird jeweils die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Absatz 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.	
	10a. In § 137i Absatz 4 Satz 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und wird nach dem Wort „Landesbehörden“ ein Komma und werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit“ eingefügt.
11. § 140a Absatz 2 Satz 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	11. entfällt
„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarungen, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Monats] anzupassen.“	
12. Der Erste Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:	12. Der Erste Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:
„Erster Abschnitt	„Erster Abschnitt
Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen	Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen
Erster Titel	Erster Titel
Arten der Krankenkassen	u n v e r ä n d e r t
§ 143	
Ortskrankenkassen	
(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.	
(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung re-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>geln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.</p>	
<p>(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, dass sich die Region über mehrere Länder erstreckt.</p>	
<p>§ 144</p>	
<p>Betriebskrankenkassen</p>	
<p>(1) Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den Arbeitgeber für einen oder mehrere Betriebe errichtet wurden.</p>	
<p>(2) Eine Betriebskrankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass sie durch alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden kann. Die Satzungsregelung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden. Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 enthalten hat.</p>	
<p>(3) Falls die Satzung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt.</p>	
<p>§ 145</p>	
<p>Innungskrankenkassen</p>	
<p>(1) Innungskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch eine Handwerksinnung allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet wurden. § 144 Absatz 3 gilt entsprechend.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Eine Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden.</p>	
<p>§ 146</p>	
<p>Landwirtschaftliche Krankenkasse</p>	
<p>Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte führt die Krankenversicherung nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte durch; sie führt in Angelegenheiten der Krankenversicherung die Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse.</p>	
<p>§ 147</p>	
<p>Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See</p>	
<p>Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Buches durch.</p>	
<p>§ 148</p>	
<p>Ersatzkassen</p>	
<p>Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen konnten. Der Zuständigkeitsbereich von Ersatzkrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Zweiter Titel	Zweiter Titel
Besondere Vorschriften zur Errichtung, zur Ausdehnung und zur Auflösung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben aus Betriebskrankenkassen	u n v e r ä n d e r t
§ 149	
Errichtung von Betriebskrankenkassen	
(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn	
1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 5 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und	
2. die Leistungsfähigkeit der Betriebskrankenkasse auf Dauer gesichert ist.	
(2) Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, kann der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes tätig sein dürfen. In der dem Antrag auf Genehmigung nach § 150 Absatz 2 beigefügten Satzung ist zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. Lehnt der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals durch unwiderrufliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Betriebskrankenkasse ab, übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens zum 1. Januar des auf den Zugang der Erklärung folgenden übernächsten Kalenderjahres die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese nicht widersprechen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt vom Tag des Zugangs der Erklärung nach Satz 4 an die Betriebskrankenkasse vor. Die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend, wenn die Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1 vorsieht, vom Tag des Wirksamwerdens dieser Satzungsbestimmung an.	
<p>(3) Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 85 Prozent ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erhalten, an den Arbeitgeber weiter. Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend. Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen. Der weiterzuleitende Betrag nach den Sätzen 1 und 2 ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich trägt.</p>	
<p>(4) Absatz 1 gilt nicht für Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind oder deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben. Satz 1 gilt nicht für Leistungserbringer, die nicht überwiegend Leistungen auf Grund von Verträgen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden erbringen.</p>	
§ 150	
Verfahren bei Errichtung	
<p>(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 149 Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 2 500 Mitglieder haben wird.</p>	
<p>(2) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Errichtung wirksam wird.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 151	
Ausdehnung auf weitere Betriebe	
Die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.	
§ 152	
Ausscheiden von Betrieben	
(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, ein Betrieb auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.	
(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuschneiden. Satz 1 gilt nicht für gemeinsame Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.	
(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, zu dem das Ausscheiden wirksam wird.	
§ 153	
Auflösung	
(1) Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt.	
(2) Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.	
(4) Für die gemeinsame Betriebskrankenkasse mehrerer Arbeitgeber ist der Antrag nach Absatz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.	
§ 154	
Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen	
Die §§ 149 bis 153, 159 Absatz 2, § 166 Absatz 2 und § 167 Absatz 4 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.	
Dritter Titel	Dritter Titel
Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen	u n v e r ä n d e r t
§ 155	
Freiwillige Vereinigung	
(1) Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.	
(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe, ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei. Bei einer kassenartenübergreifenden Vereinigung ist dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Die beteiligten Krankenkassen können Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, die notwendig sind, um ihre Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Vereinigung zu erhalten. In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.</p>	
<p>(4) Ist bei einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse; § 144 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.</p>	
<p>(5) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird.</p>	
<p>(6) Mit dem nach Absatz 5 bestimmten Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.</p>	
<p>§ 156</p>	
<p>Vereinigung auf Antrag</p>	
<p>(1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen dieser Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn</p>	
<p>1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und</p>	
<p>2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.</p>	
<p>(2) Die Landesregierung kann auf Antrag einer landesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Krankenkassen dieser Kassenart des Landes nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und	
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.	
(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthalten.	
§ 157	
Verfahren bei Vereinigung auf Antrag	
(1) Werden Krankenkassen nach § 156 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.	
(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird.	
(3) Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Vereinigung wirksam wird.	
(4) Mit dem nach Absatz 2 oder Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.	
§ 158	
Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen	
(1) Bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle nach Kapitel Sieben des Ersten Teils des Gesetzes gegen Wettbe-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>werbsbeschränkungen nach Maßgabe des Absatzes 2 sowie die §§ 48, 49, 50c Absatz 2, die §§ 54 bis 80 und 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, Absatz 4 bis 10 und die §§ 83 bis 86a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechende Anwendung.</p>	
<p>(2) Finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle Anwendung, darf die Genehmigung nach § 155 Absatz 5 erst erfolgen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung nach § 40 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt. Hat der Vorstand einer an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse eine Anzeige nach § 160 Absatz 2 Satz 1 abgegeben, beträgt die Frist nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sechs Wochen. Vor einer Untersagung ist mit den zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches das Benehmen herzustellen. Neben die obersten Landesbehörden nach § 42 Absatz 5 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen treten die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches. § 41 Absatz 3 und 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt nicht.</p>	
<p>§ 159</p>	
<p>Schließung</p>	
<p>(1) Eine Krankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.</p>	
<p>(2) Eine Betriebskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn</p>	
<p>1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist, und die Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält oder</p>	
<p>2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen und die Voraussetzungen der Errichtung auch zum Zeitpunkt der Schließung nicht vorliegen.</p>	
<p>(3) Eine Innungskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn sie nicht hätte errichtet werden dürfen und die Voraussetzungen der Errichtung auch zum Zeitpunkt der Schließung nicht vorliegen.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, zu dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.</p>	
<p>§ 160</p>	
<p>Insolvenz von Krankenkassen</p>	
<p>(1) Die Insolvenzordnung gilt für Krankenkassen nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.</p>	
<p>(2) Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder ist sie voraussichtlich nicht in der Lage, die bestehenden Zahlungspflichten im Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen (drohende Zahlungsunfähigkeit), oder tritt Überschuldung ein, so hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Der Anzeige sind aussagefähige Unterlagen beizufügen. Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 169 Absatz 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.</p>	
<p>(3) Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde keinen Antrag nach Satz 1 stellen, sondern die Krankenkasse schließen. Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von drei Monaten nach Eingang der in Absatz 2 Satz 1 genannten Anzeige, ist die spätere Stellung eines Insolvenzantrages solange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht. § 165 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.</p>	
<p>(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und die Antragstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen. Vor der Bestellung des Insolvenzverwalters hat das Insolvenzgericht die Aufsichtsbe-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>hörde zu hören. Der Aufsichtsbehörde ist der Eröffnungsbeschluss gesondert zuzustellen. Die Aufsichtsbehörde und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können jederzeit vom Insolvenzgericht und vom Insolvenzverwalter Auskünfte über den Stand des Verfahrens verlangen.</p>	
<p>(5) Mit dem Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, ist die Krankenkasse geschlossen. Im Falle der Eröffnung des Insolvenzverfahrens erfolgt die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse nach den Vorschriften der Insolvenzordnung.</p>	
<p>(6) Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Absatz 2 Satz 3 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.</p>	
<p>(7) Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a des Altersteilzeitgesetzes vollständig spätestens ab dem 1. Januar 2015 zu erfüllen.</p>	
<p style="text-align: center;">§ 161</p>	
<p style="text-align: center;">Aufhebung der Haftung nach § 12 Absatz 2 der Insolvenzordnung</p>	
<p>Die Länder haften nicht nach § 12 Absatz 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.</p>	
<p style="text-align: center;">§ 162</p>	
<p style="text-align: center;">Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden</p>	
<p>Die §§ 160, 161, 169 und 170 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 163	
Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen	
<p>(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten. Hierbei sind insbesondere das Vermögen, das Rechnungsergebnis, die Liquidität und die Versichertenentwicklung zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die Krankenkassen über das Ergebnis seiner Bewertung. Bewertet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet, so hat die Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen</p>	
<p>1. unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder</p>	
<p>2. ihm die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.</p>	
<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann verlangen, dass die Krankenkassen die Unterlagen elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. Kommt eine Krankenkasse den Verpflichtungen nach den Sätzen 4 und 5 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten.</p>	
<p>(2) Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage dieser Unterlagen und Auskünfte die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, so hat er die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten. Zudem hat er umgehend die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und die Bewertungen der Überprüfung nach Satz 1 sowie über die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Stellt eine Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Aufsichtsbehörde Vorschläge für eine Vereinigung dieser Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vorlegen. Kommt bei der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.</p>	
<p>§ 164</p>	
<p>Vorübergehende finanzielle Hilfen</p>	
<p>(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat Bestimmungen über die Gewährung vorübergehender finanzieller Hilfen an Krankenkassen vorzusehen, die für notwendig erachtet werden, um</p>	
<p>1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie</p>	
<p>2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.</p>	
<p>Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Dauer, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der Stimmen der Mitglieder des Verwaltungsrates beschlossen.</p>	
<p>(2) Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.</p>	
<p>(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Mitgliedskassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Zwischenfinanzierung der finanziellen Hilfen ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 350 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen; § 167 Absatz 6 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.</p>	
<p>(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund des § 265a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bleiben unberührt.</p>	
<p>Vierter Titel</p>	<p>Vierter Titel</p>
<p>Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz</p>	<p>Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz</p>
<p>§ 165</p>	<p>§ 165</p>
<p>Abwicklung der Geschäfte</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(1) Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse wickelt die Geschäfte ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Krankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert. Scheidet ein Vorstand nach Auflösung oder Schließung aus dem Amt, bestimmt die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Landesverbandes den Abwicklungsvorstand. § 35a Absatz 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.</p>	
<p>(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen auf Grund zwischen- oder überstaatlichen Rechts. Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts. Der Vorstand hat außerdem die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Schließung zu informieren sowie über die Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.</p>	
<p>(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Krankenkassen verteilt.</p>	
<p>§ 166</p>	<p>§ 166</p>
<p>Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(1) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haften die übrigen Krankenkassen.</p>	
<p>(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, findet Absatz 1 Anwendung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Krankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 144 Absatz 2 Satz 1, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. Dies gilt auch bei Vereinigungsverfahren gemäß § 155, wenn Betriebskrankenkassen beteiligt sind, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.	
§ 167	§ 167
Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen	Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen
(1) Die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und 2 Satz 3 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Krankenkassen anfordert. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wie folgt ermittelt:	(1) u n v e r ä n d e r t
1. der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt;	
2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Krankenkasse vervielfacht; maßgebend ist die Zahl der Mitglieder, die von den Krankenkassen für den Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem die Aufteilung durchgeführt wird, erfasst wird.	
(2) Übersteigen die Verpflichtungen innerhalb eines Kalenderjahres einen Betrag von 350 Millionen Euro, sind zur Erfüllung der darüber hinausgehenden Beträge die Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 heranzuziehen, soweit diese den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke übersteigen; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Maßgebend für die Rechengrößen nach Satz 1 sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die von den Krankenkassen vor dem Zeitpunkt, an dem die Aufteilung durchgeführt wird, zuletzt vorgelegt wurden. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet:	(2) u n v e r ä n d e r t
1. für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der gemäß den Sätzen 1 und 2 die Obergrenze überschreitet;	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. übersteigt die Summe der Überschreitungsbeiträge aller Krankenkassen nach Nummer 1 die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden die noch zu erfüllenden Verpflichtungen durch die Summe der Überschreitungsbeiträge nach Nummer 1 geteilt;	
3. der aus Nummer 2 resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag nach Nummer 1 multipliziert;	
4. übersteigen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen die Summe der nach Nummer 1 ermittelten Beträge, sind für jede Krankenkasse die Überschreitungsbeiträge nach Nummer 1 zugrunde zu legen.	
Reicht die Summe der Überschreitungsbeiträge nach Satz 3 Nummer 1 nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, oder verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe nach den Sätzen 1 und 2, werden die Finanzreserven oberhalb von 0,75 Monatsausgaben in entsprechender Anwendung der Sätze 1 bis 3 herangezogen, um die verbleibenden Verpflichtungen zu erfüllen.	
(3) Reicht der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelte Betrag nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, beziehungsweise verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe, wird der verbleibende Betrag auf alle Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 aufgeteilt.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, wird der nach den Absätzen 1 bis 3 ermittelte Betrag auf 20 Prozent dieses Betrages begrenzt. Die Summe der sich aus Satz 1 ergebenden Beträge wird auf die übrigen Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 aufgeteilt.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die auf die einzelnen Krankenkassen nach den Absätzen 1 bis 4 entfallenden Beträge durch Bescheid geltend. Er kann Beträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten fällig stellen und Teilbeträge verlangen. Die Krankenkasse hat die geltend gemachten Beträge innerhalb von zwei Monaten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu überweisen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann eine kürzere Frist festlegen, wenn er hierauf zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen angewiesen ist. Die	(5) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt. Nach Überschreiten der Frist nach Satz 3 tritt ohne Mahnung Verzug ein. Im Falle des Verzugs sind Verzugszinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	
<p>(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i>. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die Inanspruchnahme eines Darlehens des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.</p>	<p>(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die Inanspruchnahme eines Darlehens des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.</p>
§ 168	§ 168
Personal	u n v e r ä n d e r t
<p>(1) Die Versorgungsansprüche der am Tag der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.</p>	
<p>(2) Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine von einer anderen Krankenkasse nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Missverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. Den übrigen Beschäftigten, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann, ist bei einem</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Landesverband der Krankenkassen oder einer anderen Krankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und ihrer bisherigen Dienststellung zuzumuten ist. Jede Krankenkasse ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen dienstordnungsmäßige Stellen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mitzuteilen, der diese den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich macht.</p>	
<p>(3) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 2 untergebracht werden, enden mit dem Tag der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.</p>	
<p>§ 169</p>	<p>§ 169</p>
<p>Haftung im Insolvenzfall</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(1) Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Altersversorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufgenommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen geltend. Für die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge und das Verfahren zur Geltendmachung der Beträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt § 167 entsprechend. Für das Personal gilt § 168 entsprechend.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind. Die §§ 7 bis 15 des Betriebsrentengesetzes gelten nicht für Krankenkassen, die aufgrund Landesgesetz Pflichtmitglied beim Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg oder Sachsen sind. Hiervon ausgenommen ist die AOK Baden-Württemberg. Falls die Mitgliedschaft endet, gilt Satz 1 entsprechend.</p>	
<p>(3) Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gehen die Ansprüche der Berechtigten auf ihn über; § 9 Absatz 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 zweiter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes gilt entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die Ansprüche nach Satz 1 im Insolvenzverfahren zu Gunsten der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 geltend.</p>	
<p>(4) Für die Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung sowie für die Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen. Für die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge gilt § 167 entsprechend. Soweit Krankenkassen nach Satz 1 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.</p>	
<p>(5) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, gilt § 167 Absatz 6 entsprechend.</p>	
§ 170	§ 170
Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung	Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung
<p>(1) Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Absatz 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes auslösen, sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen</p>	(1) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital zu bilden, mit dem der voraussichtliche Barwert dieser Verpflichtungen an diesem Tag vollständig ausfinanziert wird. Auf der Passivseite der Vermögensrechnung sind Rückstellungen in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals zu bilden. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsanwartschaften und -ansprüchen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 genannten Voraussetzungen erfüllt. Der Nachweis ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.</p>	
<p>(2) Soweit Krankenversicherungsträger vor dem 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden sind, werden die zu erwartenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Verpflichtungen nach Absatz 1 entsprechend berücksichtigt. Wurde vor dem 31. Dezember 2009 Deckungskapital bei aufsichtspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1 und 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gebildet, wird dieses anteilig berücksichtigt, sofern es sich um Versorgungszusagen nach Absatz 1 Satz 1 handelt. Soweit Krankenversicherungsträger dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes oder entsprechender Landesgesetze unterliegen, ist das nach den Vorgaben dieser Gesetze gebildete Kapital ebenfalls zu berücksichtigen.</p>	(2) u n v e r ä n d e r t
<p>(3) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage auch in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements zulässig ist. Die Anlageentscheidungen sind jeweils so zu treffen, dass der Anteil an Aktien maximal 20 Prozent des Deckungskapitals beträgt. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital</p>	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.	
(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über	(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über
1. die Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist,	1. un verändert
2. die allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwertes der Versorgungsverpflichtungen,	2. un verändert
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungsbeträge,	3. un verändert
4. das Zahlverfahren der Zuweisungen zum Deckungskapital,	4. un verändert
5. die Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung.	5. un verändert
Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das <i>Bundesversicherungsamt</i> übertragen. In diesem Fall gilt für die dem <i>Bundesversicherungsamt</i> entstehenden Ausgaben § 271 Absatz 6 entsprechend.“	Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen. In diesem Fall gilt für die dem Bundesamt für Soziale Sicherung entstehenden Ausgaben § 271 Absatz 6 entsprechend.“
13. § 173 wird wie folgt geändert:	13. un verändert
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 Nummer 2 bis 4 wird wie folgt gefasst:	
„2. jede Ersatzkasse,	
3. die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht,	
4. jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 oder § 145 Absatz 2 enthält“,	
bb) Die Sätze 2 bis 5 werden aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 3 werden die Wörter „oder jede Ersatzkasse“ gestrichen.	
c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	
<p>„(7) War an einer Vereinigung nach § 155 eine Betriebskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 beteiligt und handelt es sich bei der aus der Vereinigung hervorgegangenen Krankenkasse um eine Innungskrankenkasse, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthalten hätte.“</p>	
	13a. § 174 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird Absatz 1 und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ werden durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.
	b) Absatz 3 wird Absatz 2 und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkassen“ werden durch das Wort „Betriebskrankenkassen“ und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.
	c) Absatz 5 wird Absatz 3.
	13b. In § 175 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „§ 171b Absatz 3 Satz 1“ durch die Wörter „§ 160 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
	13c. In § 213 Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „§ 164 Abs. 2 und 3“ durch die Wörter „§ 168 Absatz 1 und 2“ ersetzt.
14. § 217b wird wie folgt geändert:	14. § 217b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „besteht der Vorstand aus mehreren Personen, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:	b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:
„(4) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Lenkungs- und Ko-	„(4) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ordinierungsausschuss gebildet. Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satzes 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.</p>	
<p>(5) Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen <i>bedürfen der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses</i>. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss <i>kann im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten</i>. In <i>besonders zu begründenden</i> Fällen kann der Vorstand von <i>der Entscheidung</i> des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen <i>oder, wenn keine Einigung innerhalb angemessener Frist zustande gekommen ist, ohne dessen Zustimmung entscheiden</i>; in diesen Fällen teilt der Vorstand <i>seine Gründe</i> dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss schriftlich mit. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann er im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Vertreter des Lenkungs- und</p>	<p>(5) Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen sind im Benehmen mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss zu treffen. Der Vorstand hat die vom Lenkungs- und Koordinierungsausschuss abgegebenen Empfehlungen zu beachten. Dies gilt nicht für Entscheidungen, mit denen der Vorstand Beschlüsse, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit getroffen hat, umsetzt. In begründeten Fällen kann der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen; in diesen Fällen teilt der Vorstand dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss seine Gründe schriftlich mit. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann er im Einvernehmen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.	mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.
(6) Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nichtöffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.“	(6) u n v e r ä n d e r t
15. § 217c wird wie folgt geändert:	15. § 217c Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) <i>Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:</i>	a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Der Verwaltungsrat besteht aus höchstens 40 Mitgliedern.“	„ Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten. “
b) <i>Absatz 3 wird wie folgt geändert:</i>	b) In Satz 12 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.
aa) <i>Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</i>	
„Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten.“	
bb) <i>In dem neuen Satz 12 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.</i>	
16. § 217d wird wie folgt geändert:	16. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „70 Absatz 1 und 5“ durch die Angabe „69“ ersetzt.	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Der Haushaltsplan wird vom Vorstand aufgestellt. Der Verwaltungsrat stellt	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ihn fest. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht verstößt oder die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind.“	
17. § 217f wird wie folgt geändert:	17. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Der Vorstand hat dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten, wenn die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nicht rechtzeitig umgesetzt werden. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens innerhalb eines Monats nach dem für die Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe vorgegebenen Zeitpunkt schriftlich vorzulegen. In dem Bericht sind insbesondere die Gründe für die nicht rechtzeitige Umsetzung, der Sachstand und das weitere Verfahren darzulegen.“	
b) In Absatz 7 werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2“ ersetzt.	
18. § 260 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:	18. e n t f ä l l t
„(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden, wenn bis zum 31. Dezember 2019 ein Entwurf für eine Reform des Risikostrukturausgleichs durch das Bundeskabinett beschlossen worden ist.“	
	18a. § 261 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „ein Viertel“ durch die Wörter „ein Fünftel“ ersetzt.
	b) In Absatz 4 werden die Wörter „einem Viertel“ durch die Wörter „der Hälfte“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. Die §§ 265a und 265b werden aufgehoben.	19. u n v e r ä n d e r t
20. § 266 wird wie folgt geändert:	20. § 266 wird wie folgt geändert:
a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Grundpauschale“ das Komma und werden die Wörter „alters-, geschlechts-“ gestrichen.	
bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Durch diesen werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, die sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen gemäß Absatz 2 ergeben.“	
c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:	c) u n v e r ä n d e r t
„(2) Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld haben. Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.“	
d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „alters-, geschlechts- und“ gestrichen.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	e) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
aa) Folgender Satz wird vorangestellt:	
„Die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 orientiert sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der den Risikogruppen zugeordneten Versicherten.“	
bb) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2“ durch das Wort „Dabei“ ersetzt.	
cc) Der neue Satz 3 wird aufgehoben.	
f) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:	f) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
„(5) Die Bildung der Risikogruppen nach Absatz 2 und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 erfolgt nach Kriterien, die zugleich	
1. Anreize zu Risikoselektion verringern und	
2. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen.“	
g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und Satz 2 wird wie folgt <i>gefasst</i> :	g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wird wie folgt geändert :
	aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Es gibt für die Ermittlung der Höhe der <i>Zuweisung</i> nach Absatz 3 jährlich bekannt	„Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 jährlich bekannt
1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Risikogruppen nach Absatz 2, und	1. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
2. die Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“	2. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
	bb) In den Sätzen 1 und 3 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
h) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wird wie folgt geändert:	h) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.	aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1 und die zuletzt erhobenen Versicherungszahlen der Krankenkassen je Risikogruppe nach Absatz 2 zugrunde.“	
cc) In Satz 3 wird das Wort „Zuweisung“ durch das Wort „Zuweisungen“ ersetzt und werden die Wörter „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch die Wörter „für dieses Jahr“ ersetzt.	cc) In Satz 3 wird das Wort „Zuweisung“ durch das Wort „Zuweisungen“ ersetzt, wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch die Wörter „für dieses Jahr“ ersetzt.
	dd) In Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
i) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8 und wird wie folgt geändert:	i) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8 und wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „und ihre Bekanntgabe an die Versicherten“ gestrichen, wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt und wird das Wort „Daten“ durch das Wort „Berechnungswerte“ ersetzt.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	bbb) u n v e r ä n d e r t
„2. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der Leistungsausgaben nach den Absätzen 3 bis 6; dabei können für Risikogruppen, die nach dem Anspruch	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes geregelt werden,“.</p>	
<p>ccc) In Nummer 2a wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Deckung dieser Ausgaben“ die Wörter „sowie das Verfahren der Verarbeitung der nach § 270 Absatz 2 zu übermittelnden Daten“ eingefügt.</p>	<p>ccc) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>ddd) Nach Nummer 2a wird folgende Nummer 2b eingefügt:</p>	<p>ddd) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„2b. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Risikogruppen nach Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung des Verfahrens zur Auswahl der regionalen Merkmale,“.</p>	
<p>eee) In Nummer 3 werden die Wörter „die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versicherungsgruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch“ gestrichen und werden die Wörter „Erhebung und Übermittlung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt.</p>	<p>eee) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>fff) In Nummer 4 werden die Wörter „einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ gestrichen.</p>	<p>fff) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ggg) Die Nummern 6 bis 8 werden wie folgt gefasst:	ggg) Die Nummern 6 bis 8 werden wie folgt gefasst:
„6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs einschließlich des Ausschlusses von Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten gebildet werden, mit den höchsten relativen Steigerungsraten,	„6. u n v e r ä n d e r t
7. die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 5,	7. die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 5 und 12 ,
8. die Vergütung des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim <i>Bundesversicherungsamt</i> für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 10,“.	8. die Vergütung des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 10,“.
bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 2 und“ gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t
j) Die folgenden Absätze 10 <i>und 11</i> werden angefügt:	j) Die folgenden Absätze 10 bis 12 werden angefügt:
„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim <i>Bundesversicherungsamt</i> in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen.	„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen; im Jahr 2023 sind gesondert die Wirkungen der regionalen Merkmale als Risikomerkmale im Risikostrukturausgleich zu untersuchen. Die Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostrukturausgleichsverordnung insbesondere auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>einschließlich der Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 sind zusätzlich zu dem Gutachten nach Satz 2 zweiter Halbsatz durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2023 zu untersuchen. Für den Zweck des Gutachtens nach Satz 3 ist auch die Veränderung der Häufigkeit der Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 unter Berücksichtigung der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zu untersuchen.</p>
<p>(11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung. Die Anpassung der Datenmeldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen.“</p>	<p>(11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung. Die Anpassung der Datenmeldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen.</p>
	<p>(12) Bei den Zuweisungen nach Absatz 3 werden die finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen nach Absatz 2 durch Zu- und Abschläge im Ausgleichsjahr 2021 auf 75 Prozent begrenzt. Die Begrenzung erfolgt für alle Länder jeweils einheitlich für die Summe der Zuweisungen nach Absatz 3 für die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land. Durch die Zu- und Abschläge werden 25 Prozent der Differenz der hypothetischen Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 ohne Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen und der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 einheitlich auf die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land verteilt.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
21. Die §§ 267 und 268 werden wie folgt gefasst:	21. Die §§ 267 und 268 werden wie folgt gefasst:
„§ 267	„§ 267
Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
(1) Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten	(1) Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten
1. die Versichertentage	1. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
a) mit den Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2 mit Ausnahme der Morbidität und der regionalen Merkmale,	
b) mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,	
c) mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4,	
2. den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts,	2. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
3. die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,	3. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
4. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1,	4. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4,	5. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
6. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,	6. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
7. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren	7. <code>u n v e r ä n d e r t</code>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nach Maßgabe dieser Vorschrift an das <i>Bundesversicherungsamt</i>. Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen § 71 Absatz 6 Satz 9, § 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, § 83 Satz 4 und 5, § 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 und § 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist.</p>	<p>nach Maßgabe dieser Vorschrift an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen § 71 Absatz 6 Satz 9, § 73b Absatz 5 Satz 7, § 83 Satz 4, § 140a Absatz 2 Satz 7 und § 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist.</p>
<p>(2) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente und zu den Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu übermittelnden Arztnummer an das <i>Bundesversicherungsamt</i>.</p>	<p>(2) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente an das Bundesamt für Soziale Sicherung.</p>
<p>(3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das <i>Bundesversicherungsamt</i>. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 zulässig, soweit dies für die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse oder für die Prüfung der Richtigkeit der Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist ein Protokoll anzufertigen, das bei dem Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren ist.</p>	<p>(3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 zulässig, soweit dies für die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse oder für die Prüfung der Richtigkeit der Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist ein Protokoll anzufertigen, das bei dem Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren ist.</p>
<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i> das Nähere zum Verfahren nach Absatz 3 Satz 1.</p>	<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren nach Absatz 3 Satz 1.</p>
<p>(5) Die Kosten für die Datenübermittlung nach dieser Vorschrift werden von den betroffenen Krankenkassen getragen.</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(6) Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert das <i>Bundesversicherungsamt</i> den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019. Hierfür übermitteln die Krankenkassen bis zum 15. August 2020 für die Berichtsjahre 2016 bis 2018 die Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an das <i>Bundesversicherungsamt</i>; Absatz 3 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren der Datenmeldung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i> in der Bestimmung nach Absatz 4 Satz 2. Das Ergebnis der Untersuchung nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens mit Übergabe des ersten Gutachtens nach § 266 Absatz 10 vorzulegen.</p>	<p>(6) Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert das Bundesamt für Soziale Sicherung den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019. Hierfür übermitteln die Krankenkassen bis zum 15. August 2020 für die Berichtsjahre 2016 bis 2018 die Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an das Bundesamt für Soziale Sicherung; Absatz 3 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren der Datenmeldung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach Absatz 4 Satz 2. Das Ergebnis der Untersuchung nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens mit Übergabe des ersten Gutachtens nach § 266 Absatz 10 vorzulegen.</p>
<p>(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.</p>	<p>(7) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>§ 268</p>	<p>§ 268</p>
<p>Risikopool</p>	<p>Risikopool</p>
<p>(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich gemäß § 266 werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle teilweise über einen Risikopool ausgeglichen. Übersteigt die Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach Satz 3, werden 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool ausgeglichen. Der Schwellenwert beträgt 100 000 Euro und ist in den Folgejahren anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten anzupassen.</p>	<p>(1) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(2) Im Risikopool sind die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45.</p>	<p>(2) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(3) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 und 6 sind die</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen.	
(4) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 6 Satz 3, Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 sowie Absatz 9 gilt für den Risikopool entsprechend.	(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 6 Satz 3, Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 sowie Absatz 9 gilt für den Risikopool entsprechend.
(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere über	(5) u n v e r ä n d e r t
1. die jährliche Anpassung des Schwellenwertes,	
2. die Berechnung und die Durchführung des Risikopoolverfahrens sowie	
3. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopoolverfahrens erforderlichen Rechenwerte.“	
22. § 269 wird wie folgt geändert:	22. § 269 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden die Wörter „die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen“ durch die Wörter „Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind,“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 wird das Wort „Versichertengruppen“ durch das Wort „Risikogruppen“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) In Absatz 3 Satz 1 und 4 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:	d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
	aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
aa) In Satz 3 wird die Angabe „3 und“ gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Folgender Satz wird angefügt:	cc) un verändert
„§ 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“	
	e) In Absatz 3c Satz 3 bis 5 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
d) Absatz 3d wird wie folgt geändert:	f) Absatz 3d wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3“ ersetzt.	aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3“ ersetzt.
bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.	bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.
	cc) In den Sätzen 4 bis 6 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
e) In Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.	g) un verändert
23. § 270 wird wie folgt geändert:	23. § 270 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) un verändert
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Buchstabe a wird Nummer 1 und die Angabe „Satz 1“ wird durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.	
bbb) Buchstabe b wird Nummer 2 und die Angabe „§ 266 Abs. 7“ wird durch die Wörter „§ 266 Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.	
ccc) Buchstabe c wird Nummer 3.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Abs. 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 und 4 erheben die Krankenkassen für jedes Jahr	„(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 und 4 erheben die Krankenkassen für jedes Jahr
1. je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm und Angaben über die Teilnahme an den in Absatz 4 Satz 1 genannten Leistungen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. nicht versichertenbezogen die Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 und die Verwaltungsausgaben; § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gilt entsprechend.	2. u n v e r ä n d e r t
Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. August des Folgejahres in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das <i>Bundesversicherungsamt</i> ; § 267 Absatz 3 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 30. Juni des Folgejahres in maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das <i>Bundesversicherungsamt</i> .“	Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. August des Folgejahres in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung ; § 267 Absatz 3 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 30. Juni des Folgejahres in maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung .“
c) <i>In Absatz 3 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.</i>	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert :
	aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“, die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
	cc) In Satz 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
<p>„(4) Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 9 gilt entsprechend. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“</p>	<p>„(4) Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 9 gilt entsprechend. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“</p>
24. § 270a Absatz 4 wird wie folgt geändert:	24. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 3 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.	
b) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.	
25. § 271 wird wie folgt geändert:	25. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	
„Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“	
b) In Absatz 5 wird die Angabe „269“ durch die Angabe „268“ ersetzt.	
c) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
26. § 273 wird wie folgt gefasst:	26. § 273 wird wie folgt gefasst:
„§ 273	„§ 273
Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich
<p>(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 auf ihre Rechtmäßigkeit. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.</p>	<p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 auf ihre Rechtmäßigkeit. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.</p>
<p>(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Die übrigen Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 kann das <i>Bundesversicherungsamt</i> einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das <i>Bundesversicherungsamt</i> im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>	<p>(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Die übrigen Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>
<p>(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> prüft bei nach Absatz 2 auffälligen Krankenkassen, ob die Auffälligkeit für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1 geführt haben kann. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.</p>	<p>(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft bei nach Absatz 2 auffälligen Krankenkassen, ob die Auffälligkeit für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1 geführt haben kann. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 dieses Gesetzes] geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.</p>
<p>(4) Die Krankenkasse hat innerhalb von drei Monaten ab Eingang der Mitteilung nach Absatz 3 Satz 3 Tatsachen darzulegen, die die Auffälligkeit begründen. Erfolgt keine ausreichende Darlegung nach Satz 1, <i>ist von einem</i> Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 <i>auszugehen</i>. Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der</p>	<p>(4) Die Krankenkasse hat innerhalb von drei Monaten ab Eingang der Mitteilung nach Absatz 3 Satz 3 Tatsachen darzulegen, die die Auffälligkeit begründen. Erfolgt keine ausreichende Darlegung nach Satz 1, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, muss sie einen aus den</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Morbidität ihrer Versicherten geltend, muss sie einen aus den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ersichtlichen entsprechenden Anstieg der erbrachten Leistungen darlegen. Legt die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vor, prüft das <i>Bundesversicherungsamt</i> die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2.</p>	<p>Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ersichtlichen entsprechenden Anstieg der erbrachten Leistungen darlegen. Legt die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vor, prüft das Bundesamt für Soziale Sicherung die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2.</p>
<p>(5) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann auch dann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Die Krankenkasse hat dem <i>Bundesversicherungsamt</i> auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhaltes bedarf. <i>Legt die Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, ist von einem begründeten Verdacht auszugehen.</i> Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.</p>	<p>(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann auch dann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Die Krankenkasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhaltes bedarf. Kommt die Krankenkasse einem zumutbaren Verlangen des Bundesamts für Soziale Sicherung nicht, nur teilweise oder nicht in der verlangten Aufbereitung nach, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.</p>
<p>(6) Stellt das <i>Bundesversicherungsamt</i> als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 fest, <i>dass ein Rechtsverstoß der Krankenkasse vorliegt</i>, ermittelt es einen Korrekturbetrag <i>in Höhe des durch die rechtswidrige Datenmeldung erzielten Vorteils bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds</i> nach § 266 Absatz 1 Satz 1. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	<p>(6) Stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 einen Rechtsverstoß fest, ermittelt es einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 für die betroffene Krankenkasse zu kürzen sind. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 dieses Gesetzes] geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.</p>
<p>(7) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4</p>	<p>(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“	Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“
27. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 14 werden die Wörter „(§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3)“ durch die Wörter „nach den §§ 266 und 267“ ersetzt.	27. u n v e r ä n d e r t
28. Nach § 293 wird folgender § 293a eingefügt:	28. Nach § 293 wird folgender § 293a eingefügt:
„§ 293a	„§ 293a
Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung <i>oder</i> über eine besondere Versorgung	Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere Versorgung
(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach den §§ 73b <i>sowie</i> 140a (Vertragstransparenzstelle) ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 und der Information der Öffentlichkeit. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben über	(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3 (Vertragstransparenzstelle) ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 und der Information der Öffentlichkeit. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben enthält über
1. die Vertragsform,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die vertragschließende Krankenkasse <i>und bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragschließenden Leistungserbringer,</i>	2. die vertragschließende Krankenkasse,
	3. bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragschließenden Leistungserbringer,
3. den Tag des Vertragsbeginns <i>und, soweit erfolgt, den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen und den Tag des Vertragsendes,</i>	4. den Tag des Vertragsbeginns,
	5. soweit erfolgt, den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen,
	6. den Tag des Vertragsendes,
4. den räumlichen Geltungsbereich des Vertrages,	7. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. soweit vorhanden, die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen,	8. soweit vorhanden, die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen und
6. die Vertragsnummer nach Satz 4	9. die Vertragsnummer nach Satz 4.
<i>enthält.</i> Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist <i>monatlich</i> zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet <i>bekannt zu machen.</i> Die <i>erstmalige Veröffentlichung erfolgt bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des fünften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Monats].</i>	Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist vierteljährlich zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet zu veröffentlichen.
	(2) Die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses umfasst mindestens die Angaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2 und 9 und erfolgt bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des fünften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 dieses Gesetzes folgenden Monats]. Die Veröffentlichung des Verzeichnisses mit sämtlichen Angaben nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt bis spätestens zum 30. September 2021.
(2) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des dritten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Monats] das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1, insbesondere	(3) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt erstmalig bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des dritten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 dieses Gesetzes folgenden Monats] das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, insbesondere
1. Art und Aufbau des Verzeichnisses,	1. u n v e r ä n d e r t
2. das Verfahren für die Eintragung der Verträge in das Verzeichnis,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Art und Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummer und	3. u n v e r ä n d e r t
4. das Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer.	4. u n v e r ä n d e r t
	Bei der Bestimmung nach Satz 1 Nummer 3 und 4 sollen bereits bestehende Vertragskennzeichen berücksichtigt werden. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 bis zum ...[einsetzen: letzter Tag des elften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 dieses Gesetzes folgenden Monats]. Satz 1 Nummer 1 und 2 gilt entsprechend.
(3) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung	(4) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>spätestens bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des vierten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes folgenden Monats] die für den Aufbau des Verzeichnisses erforderlichen Daten nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 5 zu übermitteln. Veränderungen der Daten nach Absatz 1 Satz 3 sind von den Krankenkassen auch ohne Anforderung zu übermitteln. Innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1.“</p>	<p>spätestens bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des vierten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 dieses Gesetzes folgenden Monats] die für die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses erforderlichen Angaben nach Absatz 2 Satz 1 zu übermitteln. Veränderungen der Angaben nach Absatz 2 Satz 1 und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.</p>
	<p>(5) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des 14. auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 dieses Gesetzes folgenden Monats] die für die Veröffentlichung des Verzeichnisses nach Absatz 2 Satz 2 erforderlichen Angaben zu übermitteln. Veränderungen der Angaben und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.</p>
	<p>(6) Innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer nach Absatz 1 Satz 4 schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1 und 8.</p>
	<p>(7) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.“</p>
29. § 295 wird wie folgt geändert:	29. § 295 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„In Fällen der Verträge nach den §§ 73b und 140a sind als zusätzliche Angabe auch die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln; Satz 1 gilt entsprechend.“	
b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	aa) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	bb) Folgende Nummer 9 wird angefügt:
„8. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.“	„9. u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3“ eingefügt.	
bb) In den Sätzen 5 und 6 werden jeweils nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „und die Prüfmaßstäbe“ eingefügt.	
cc) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „das Zertifizierungsverfahren hat zudem die Einhaltung der ärztlichen Pflicht zur Übermittlung der Vertragsnummer nach Absatz 1b Satz 8 in Verträgen nach den §§ 73b und 140a zu gewährleisten“ eingefügt.	
30. § 302 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	30. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 4 wird die Angabe „§ 73 Abs. 8, § 84 und § 305a“ durch die Wörter „§ 73 Absatz 8 und § 84“ ersetzt.	
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Soweit die Daten nach Absatz 1 für die Aufgabenerfüllung nach § 305a erforderlich sind, haben die Rechenzentren den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Daten auf Anforderung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. § 300 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“	
31. In § 303 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113,“ durch die Wörter „§ 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und § 113 sowie“ ersetzt und werden die Wörter „sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ gestrichen.	31. u n v e r ä n d e r t
32. In § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.	32. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
33. § 305a wird wie folgt geändert:	33. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „und die Krankenkassen“ gestrichen.	
b) Satz 7 wird aufgehoben.	
34. § 318 wird wie folgt geändert:	34. § 318 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 13 Absatz 2“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgenden Satz ersetzt:	b) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgenden Satz ersetzt:
„Satz 1 gilt nur, wenn das <i>Bundesversicherungsamt</i> rechtzeitig vor Durchführung des Jahresausgleichs nach § 18 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Rechnungslegung und der Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt wurden.“	„Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesamt für Soziale Sicherung rechtzeitig vor Durchführung des Jahresausgleichs nach § 18 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Rechnungslegung und der Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt wurden.“
35. § 323 wird wie folgt geändert:	35. § 323 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ ersetzt.	a) In Absatz 3 Satz 1, 6 und 7 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
b) In Absatz 5 Satz 5 werden die Wörter „§ 30 Absatz 2 Satz 6“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6“ durch die Angabe „§ 6“ ersetzt.
	cc) In Satz 3 werden die Wörter „zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zu dem Wert nach § 17 Absatz 2“ ersetzt.
	c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
	aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
	bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 30 Absatz 2 Satz 6“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.
36. Die folgenden §§ 327 und 328 werden angefügt:	36. Folgender § 329 wird angefügt:
„§ 327	„§ 327
<i>Übergangsregelung zur Änderung der Größe des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen</i>	entfällt
<i>Auf den am ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] bestehenden Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist § 217c Absatz 1 Satz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung anwendbar, bis ein neu gewählter Verwaltungsrat zusammentritt.</i>	
§ 328	„§ 329
Übergangsregelung für am ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] bereits geschlossene Krankenkassen	Übergangsregelung für am ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 dieses Gesetzes] bereits geschlossene Krankenkassen
Auf die am ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] bereits geschlossenen Krankenkassen sind die §§ 155, 171d Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung anwendbar.“	Auf die am ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 dieses Gesetzes] bereits geschlossenen Krankenkassen sind die §§ 155, 171d Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung anwendbar.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 6	Artikel 6
Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch die Artikel 1d und 1e des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch die Artikel 1d und 1e des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Überschrift des Ersten Abschnitts wird wie folgt gefasst:	1. u n v e r ä n d e r t
„Abschnitt 1	
Gemeinsame Vorschriften“.	
2. § 1 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 3 werden die Wörter „sowie der See-Krankenversicherung“ gestrichen.	
b) Die Absätze 4 und 5 werden aufgehoben.	
3. Die §§ 2 und 3 werden wie folgt gefasst:	3. Die §§ 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
„§ 2	„§ 2
Risikogruppen	Risikogruppen
(1) Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 266 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt mittels eines vom <i>Bundesversicherungsamt</i> festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist. Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:	(1) Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 266 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt mittels eines vom Bundesamt für Soziale Sicherung festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist. Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:
1. das Alter und das Geschlecht der Versicherten,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen,	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht,	3. u n v e r ä n d e r t
4. regionale Merkmale, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden.	4. regionale Merkmale, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden.
Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das <i>Bundesversicherungsamt</i> die Risikogruppen nach Satz 2 Nummer 3 abweichend abgrenzen.	Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Risikogruppen nach Satz 2 Nummer 3 abweichend abgrenzen.
(2) Die Altersabstände nach Absatz 1 Satz 2 betragen ein Jahr. Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter null und Versicherte mit einem Alter über 90 Jahre dem Alter 90 Jahre zuzuordnen.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Altersabstände abweichend von Absatz 2 Satz 1 bestimmen.	(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Altersabstände und Altersgrenzen abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 3 bestimmen.
(4) Für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) In den Risikogruppen nach Absatz 1 sind nicht enthalten:	(5) u n v e r ä n d e r t
1. Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,	
2. Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Absatz 4b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Angehörigen sowie	
3. Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 3	§ 3
Versicherungszeiten	u n v e r ä n d e r t
<p>(1) Beginn und Ende einer Versicherungszeit (Anzahl der Versichertentage) im Sinne dieser Verordnung richten sich nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in dieser Verordnung keine weitergehenden Anforderungen bestimmt sind.</p>	
<p>(2) Bei Versicherten nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beginnt die Versicherungszeit mit dem Tag, an dem die Familienversicherung beginnt; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 289 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu belegen. Satz 1 gilt unbeschadet eines Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Versicherungszeit nach Satz 1 endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen oder mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft.“</p>	
4. § 4 wird wie folgt geändert:	4. § 4 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 6 und 7“ durch die Wörter „§ 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	
bb) In Nummer 1 werden die Wörter „Gesundheits- und Kinderuntersuchungen“ durch das Wort „Gesundheitsuntersuchungen“ ersetzt und werden die Wörter „und Leistungen nach § 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.	
cc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
<p>„2. Krankenbehandlung nach § 13 Absatz 4 Satz 1 bis 5 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 18 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 27a bis 33, 37 Absatz 1 Satz 1 bis 4, Absatz 1a und 2 Satz 1 bis 3, 7, 8 und Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 37a und 38 Absatz 1</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 39, 39c, 42, 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den §§ 43a und 43b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.	
dd) In Nummer 10 wird nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und werden die Wörter „Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte“ ersetzt.	
ee) In Nummer 11 werden die Wörter „eingeschriebene Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte“ ersetzt und wird nach dem Wort „berücksichtigen“ der Punkt und werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen das Nähere in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Nummer 2 wird das Wort „Selbsthilfe“ durch das Wort „Gesundheitsförderung“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 1 Satz 5“ ein Komma und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 5“ eingefügt, werden die Wörter „für nicht für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erbrachte“ durch die Wörter „für nicht für in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte erbrachte“ ersetzt und wird nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.	
bb) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.	
cc) Nummer 6 wird aufgehoben.	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „mindern“ das Wort „pauschal“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 werden die Wörter „vom Berichtsjahr 2004 an“ gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:	cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i> in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung nach den Sätzen 1 und 2.“	„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung nach den Sätzen 1 und 2.“
5. Die §§ 5 und 6 werden wie folgt gefasst:	5. Die §§ 5 und 6 werden wie folgt gefasst:
„§ 5	„§ 5
Bekanntmachungen	Bekanntmachungen
Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des <i>Bundesversicherungsamtes</i> an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass die Krankenkassen unverzüglich Kenntnis von der Bekanntmachung erhalten. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> stellt die Bekanntmachung in geeigneter elektronischer Form öffentlich zugänglich zur Verfügung.	Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des Bundesamts für Soziale Sicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass die Krankenkassen unverzüglich Kenntnis von der Bekanntmachung erhalten. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Bekanntmachung in geeigneter elektronischer Form öffentlich zugänglich zur Verfügung.
§ 6	§ 6
Zahlungsverkehr und Verrechnung	Zahlungsverkehr und Verrechnung
(1) Hat das <i>Bundesversicherungsamt</i> aufgrund einer Vorschrift dieser Verordnung einen durch eine Krankenkasse zu leistenden Betrag festgesetzt, verrechnet es diesen mit den nach § 16 Absatz 5 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung.	(1) Hat das Bundesamt für Soziale Sicherung aufgrund einer Vorschrift dieser Verordnung einen durch eine Krankenkasse zu leistenden Betrag festgesetzt, verrechnet es diesen mit den nach § 16 Absatz 5 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung und teilt diesen der Krankenkasse mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen mit.
(2) Auf Antrag der Krankenkasse kann das <i>Bundesversicherungsamt</i> die Verrechnung nach Absatz 1 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei muss der zu leistende Betrag spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein. Bei der Verteilung nach Satz 1 ist für jeden angefangenen	(2) Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verrechnung nach Absatz 1 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei muss der zu leistende Betrag spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrages zu zahlen.“	Bei der Verteilung nach Satz 1 ist für jeden angefangenen Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrages zu zahlen.“
6. Die §§ 7 bis 15a werden aufgehoben.	6. u n v e r ä n d e r t
7. Der Zweite bis Sechste Abschnitt werden wie folgt gefasst:	7. Der Zweite bis Sechste Abschnitt werden wie folgt gefasst:
„Abschnitt 2	„Abschnitt 2
Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten	Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten
§ 7	§ 7
Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
(1) Unter Berücksichtigung der Vorgabe nach § 266 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich aus § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Kalenderjahr (Berichtsjahr):	(1) Unter Berücksichtigung der Vorgabe nach § 266 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich aus § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Kalenderjahr (Berichtsjahr):
1. die Versichertentage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,	4. u n v e r ä n d e r t
5. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,	5. u n v e r ä n d e r t
6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, <i>der Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermittelnden</i>	6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ches Sozialgesetzbuch übermitteln die Krankenkassen <i>zusätzlich</i> anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der sicherstellt, dass diese ohne Krankenkassenbezug verarbeitet werden.	Krankenkassen ergänzend zu den Angaben nach Satz 3 anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der sicherstellt, dass diese ohne Krankenkassenbezug verarbeitet werden.
(2) <i>Für andere Zwecke als die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dürfen die Daten nach Absatz 1 Satz 1 nur verarbeitet werden, soweit dies für die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Zwecke der Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Prüfung nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Prüfungen nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Für die Zwecke nach Satz 1 sind</i>	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verarbeitet die Daten nach Absatz 1 Satz 1, soweit dies für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Prüfungen nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Für die Zwecke nach Satz 1 sind
1. die Datenmeldungen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Korrekturmeldungen nach Absatz 4 Satz 2 einschließlich deren Dokumentation und	2. u n v e r ä n d e r t
3. die den Meldungen nach den Nummern 1 und 2 zugrunde liegenden Daten	3. u n v e r ä n d e r t
revisionssicher und nachprüfbar bis zum Ablauf des Kalenderjahres zu speichern oder aufzubewahren, das dem Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach Satz 3 spätestens nach Ablauf des vierten Kalenderjahres zu löschen, das auf den Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt.	revisionssicher und nachprüfbar bis zum Ablauf des Kalenderjahres zu speichern oder aufzubewahren, das dem Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach Satz 3 spätestens nach Ablauf des vierten Kalenderjahres zu löschen, das auf den Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt.
(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i> in der Bestimmung nach	(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bun-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>§ 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und Satz 2, für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung. Hierfür ist ein schlüsselabhängiges Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zu bestimmen, das sicherstellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten jedes Versicherten über die Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das <i>Bundesversicherungsamt</i> nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen.</p>	<p>desamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und Satz 2, für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung. Hierfür ist ein schlüsselabhängiges Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zu bestimmen, das sicherstellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten jedes Versicherten über die Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen.</p>
<p>(4) Die Daten nach Absatz 1 sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach Maßgabe des Absatzes 5 an das <i>Bundesversicherungsamt</i> zu übermitteln. Durch eine neue Übermittlung werden korrigiert</p>	<p>(4) Die Daten nach Absatz 1 sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach Maßgabe des Absatzes 5 an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu übermitteln. Durch eine neue Übermittlung werden korrigiert</p>
<p>1. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 bis 11 bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 bis zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres und</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 8 bis 11 bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Werden dem <i>Bundesversicherungsamt</i> Daten nicht termingerecht übermittelt oder weisen sie erhebliche Fehler auf, kann das Bundesversicherungsamt die Daten insgesamt oder teilweise zurückweisen; anstelle der zurückgewiesenen Daten kann es die Vorjahresdaten zugrunde legen, hat dabei dann aber die Versichertenentwicklung und die Morbiditätsentwicklung sowie einen angemessenen Sicherheitsabzug zu berücksichtigen. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> unterrichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über Art und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten nach Satz 3.</p>	<p>Werden dem Bundesamt für Soziale Sicherung Daten nicht termingerecht übermittelt oder weisen sie erhebliche Fehler auf, kann das Bundesversicherungsamt die Daten insgesamt oder teilweise zurückweisen; anstelle der zurückgewiesenen Daten kann es die Vorjahresdaten zugrunde legen, hat dabei dann aber die Versichertenentwicklung und die Morbiditätsentwicklung sowie einen angemessenen Sicherheitsabzug zu berücksichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung unterrichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sen über Art und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten nach Satz 3.
<p>(5) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 pseudonymisiert und maschinenlesbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend pseudonymisiert und maschinenlesbar an das <i>Bundesversicherungsamt</i> weiter. Das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 2 teilt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem <i>Bundesversicherungsamt</i> schriftlich mit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist berechtigt, die ihm nach Satz 1 übermittelten Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Verordnung, insbesondere nach § 8 Absatz 4 Satz 1, zu speichern.</p>	<p>(5) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 pseudonymisiert und maschinenlesbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend pseudonymisiert und maschinenlesbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung weiter. Das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 2 teilt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung schriftlich mit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist berechtigt, die ihm nach Satz 1 übermittelten Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Verordnung, insbesondere nach § 8 Absatz 4 Satz 1, zu speichern.</p>
<p>(6) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versicherungstage übermittelt wurden, als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>	(6) <i>u n v e r ä n d e r t</i>
§ 8	§ 8
Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells	Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells
<p>(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 2 Absatz 1 Satz 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 prospektiv auszugestalten.</p>	(1) <i>u n v e r ä n d e r t</i>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des <i>Bundesversicherungsamts</i> und nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim <i>Bundesversicherungsamt</i> , der	(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesamts für Soziale Sicherung und nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesamt für Soziale Sicherung , der
1. unter Beachtung der Kriterien nach Absatz 1 Empfehlungen zum Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells gibt und	1. u n v e r ä n d e r t
2. regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in einem Gutachten überprüft.	2. u n v e r ä n d e r t
(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, ökonomischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann mit den Mitgliedern des Beirats für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 2 Nummer 2 als Honorar eine feste Vergütung vereinbaren, die auch pauschalisiert sein kann. Die Ausgaben für die nach Satz 3 vereinbarte Vergütung werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.	(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, ökonomischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann mit den Mitgliedern des Beirats für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 2 Nummer 2 als Honorar eine feste Vergütung vereinbaren, die auch pauschalisiert sein kann. Die Ausgaben für die nach Satz 3 vereinbarte Vergütung werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.
(4) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> legt für das Versichertenklassifikationsmodell	(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt für das Versichertenklassifikationsmodell
1. die Risikogruppen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,	3. u n v e r ä n d e r t
4. das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und	4. u n v e r ä n d e r t
5. das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr	5. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Es berücksichtigt dabei die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 2 Nummer 1. Absatz 1 gilt entsprechend. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> legt die Anzahl der regionalen Merkmale, die in das Versichertenklassifikationsmodell nach § 2 Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden, fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Für die Datengrundlage der regionalen Merkmale verwendet es öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 7 Absatz 1. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann im Berechnungsverfahren nach Satz 1 Nummer 5 nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert berücksichtigen. Es kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen <i>oder</i> die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Die Anpassungen nach Satz 9 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt.</p>	<p>nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Es berücksichtigt dabei die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 2 Nummer 1. Absatz 1 gilt entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt die Anzahl der regionalen Merkmale, die in das Versichertenklassifikationsmodell nach § 2 Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden, fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Für die Datengrundlage der regionalen Merkmale verwendet es öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 7 Absatz 1. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann im Berechnungsverfahren nach Satz 1 Nummer 5 nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert berücksichtigen. Es kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen, die Arzneimittelklassifikation oder das Gemeindeverzeichnis der statistischen Ämter des Bundes und der Länder aktualisiert wird. Die Anpassungen nach Satz 9 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt im Versichertenklassifikationsmodell das Verfahren der Umsetzung des § 266 Absatz 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18 fest.</p>
<p>(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Aus-</p>	<p>(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Aus-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das <i>Bundesversicherungsamt</i> innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i> eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.</p>	<p>gleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.</p>
§ 9	§ 9
Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich	Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich
<p>Die Krankenkassen übermitteln nach Maßgabe des Satzes 2 für den monatlichen Ausgleich nach § 16 Absatz 3 versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume</p>	<p>Die Krankenkassen übermitteln nach Maßgabe des Satzes 2 für den monatlichen Ausgleich nach § 16 Absatz 3 versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume</p>
1. Januar bis Juni und	1. u n v e r ä n d e r t
2. Januar bis Dezember	2. u n v e r ä n d e r t
(Berichtszeiträume). Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 31.	(Berichtszeiträume). Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 31.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 28. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem <i>Bundesversicherungsamt</i> über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinenlesbar vor. § 7 Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.</p>	<p>August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 28. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesamt für Soziale Sicherung über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinenlesbar vor. § 7 Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.</p>
§ 10	§ 10
<p>Follegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte</p>	<p>Follegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte</p>
<p>(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 8 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von wissenschaftlichen Follegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.</p>	<p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 8 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von wissenschaftlichen Follegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.</p>
<p>(2) In den Gutachten nach Absatz 1 sollen insbesondere die in den Gutachten nach § 33 Absatz 2 in der am ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und zur Deckung der Aufwendungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), auf Basis von Daten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgaben des § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der Modelle zu beachten.</p>	<p>(2) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(3) Im Follegutachten nach § 269 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen insbesondere die im Gutachten nach § 33 Absatz 3 in der am ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung enthaltenen Modelle überprüft und weiterentwickelt werden, bei denen die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzter Krankengeld-</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>zahlbeträge ermittelt werden; bei der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind Morbiditätskriterien einzubeziehen. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und inwieweit die Einbeziehung von weiteren Angaben gemäß § 269 Absatz 3b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in das Modell umsetzbar ist, ob dies zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells führt und ob ergänzend eine Regelung entsprechend § 18 Absatz 1 Satz 3 oder einer alternativen anteiligen Berücksichtigung der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Zudem ist ein gesonder-tes Modell zu entwickeln, in dem für jede Krankenkasse die Zuweisungen für die Aufwendungen für das Krankengeld nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der diesbezüglich tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse zu ermitteln sind.</p>	
<p>(4) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen Modelle zur landesspezifischen Differenzierung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens nach § 33 Absatz 4 in der am ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung geprüft und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und in welcher Form eine ergänzende Regelung entsprechend der Regelung in § 18 Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Außerdem ist unter Beachtung von Absatz 2 Satz 2 zu prüfen, ob und wie alternativ ein Verfahren ausgestaltet werden kann, in dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte für jede Krankenkasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für diese Versicherten ermittelt werden.</p>	(4) u n v e r ä n d e r t
<p>(5) Die Gutachten nach den Absätzen 3 und 4 sind dem <i>Bundesversicherungsamt</i> jeweils bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten.</p>	<p>(5) Die Gutachten nach den Absätzen 3 und 4 sind dem Bundesamt für Soziale Sicherung jeweils bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Abschnitt 3	Abschnitt 3
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
§ 11	§ 11
Zuweisungen für das Krankengeld	u n v e r ä n d e r t
Für die Zuweisungen für das Krankengeld gelten die §§ 5 bis 7 und 10 in der am ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter.	
§ 12	§ 12
Ermittlung der Höhe der Grundpauschale	Ermittlung der Höhe der Grundpauschale
(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Ausgaben sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> stellt im Voraus die Grundpauschale für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest.	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt im Voraus die Grundpauschale für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest.
(3) Die Bekanntmachung der vom <i>Bundesversicherungsamt</i> für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale sowie der Werte nach § 266 Absatz 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt jährlich bis zum 15. November.	(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale sowie der Werte nach § 266 Absatz 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt jährlich bis zum 15. November.
§ 13	§ 13
Zuweisungen für sonstige <i>Aufgaben</i>	Zuweisungen für sonstige Ausgaben
(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für	(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:	Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:
1. die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten bleiben außer Betracht;	1. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;	2. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen zu teilen und mit der Zuweisung nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;	3. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
4. die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.	4. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Satz 1 im Jahresausgleich ist bei der Ermittlung nach Satz 2 Nummer 3 zur Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils die Summe der Zuweisungen nach § 268 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu addieren.	Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Satz 1 im Jahresausgleich ist bei der Ermittlung nach Satz 2 Nummer 3 zur Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils die Summe der Zuweisungen nach § 268 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu addieren.
(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das <i>Bundesversicherungsamt</i> die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung für jedes Ausgleichsjahr im Jahresausgleich auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt: Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so er-	(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung für jedes Ausgleichsjahr im Jahresausgleich auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt: Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so er-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>mittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 abzuziehen. Bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist durch die Versicherungszeiten aller Krankenkassen abzüglich der Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung und bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen abzüglich der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die knappschaftliche Krankenversicherung zu teilen.</p>	<p>mittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 abzuziehen. Bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist durch die Versicherungszeiten aller Krankenkassen abzüglich der Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung und bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen abzüglich der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die knappschaftliche Krankenversicherung zu teilen.</p>
<p>(3) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:</p>	<p>(3) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:</p>
<p>1. die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen auf Grund von § 2 Absatz 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung, Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die zusätzlichen satzungsgemäßen Leistungen aufgrund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht bleiben;</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen;</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(4) Die Bekanntmachung der vom <i>Bundesversicherungsamt</i> vorläufig ermittelten Höhe der</p>	<p>(4) Die Bekanntmachung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung vorläufig ermittelten</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November.</p>	<p>Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November.</p>
§ 14	§ 14
Risikopool	Risikopool
<p>(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> legt jährlich den Schwellenwert für den Risikopool nach § 268 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest und gibt ihn in geeigneter Weise bekannt. Für die Festlegung nach Satz 1 berechnet das <i>Bundesversicherungsamt</i> nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr die Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten.</p>	<p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt jährlich den Schwellenwert für den Risikopool nach § 268 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest und gibt ihn in geeigneter Weise bekannt. Für die Festlegung nach Satz 1 berechnet das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr die Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten.</p>
<p>(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt für jede Krankenkasse die Versicherten, deren ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 268 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse den Schwellenwert nach Absatz 1 übersteigen. Dabei gelten für die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben die Vorgaben des § 4 mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.</p>	<p>(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse die Versicherten, deren ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 268 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse den Schwellenwert nach Absatz 1 übersteigen. Dabei gelten für die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben die Vorgaben des § 4 mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.</p>
<p>(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> berechnet für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach § 268 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18. § 18 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 5 gilt entsprechend. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> teilt den Krankenkassen den nach Satz 1 berechneten Betrag mit. Es gibt die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen jährlich in geeigneter Weise bekannt.</p>	<p>(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach § 268 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18. § 18 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 5 gilt entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Krankenkassen den nach Satz 1 berechneten Betrag mit. Es gibt die</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen jährlich in geeigneter Weise bekannt.
(4) Das Nähere zum Verfahren nach dieser Vorschrift bestimmt das <i>Bundesversicherungsamt</i> nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.	(4) Das Nähere zum Verfahren nach dieser Vorschrift bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.
§ 15	§ 15
Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme	Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme
(1) Die Krankenkassen erhalten jährlich aus dem Gesundheitsfonds eine Pauschale für die Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> bestimmt die Höhe der Pauschalen jährlich nach Maßgabe der Absätze 2 und 3. Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Leistungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale für die Leistung, die der jeweils höheren Stufe nach Absatz 2 zugeordnet ist.	(1) Die Krankenkassen erhalten jährlich aus dem Gesundheitsfonds eine Pauschale für die Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt die Höhe der Pauschalen jährlich nach Maßgabe der Absätze 2 und 3. Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Leistungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale für die Leistung, die der jeweils höheren Stufe nach Absatz 2 zugeordnet ist.
(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 mit Ausnahme der Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.	(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 werden auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.
(3) Die Höhe der Pauschale für jede Stufe berücksichtigt nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 die Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen. Die Pauschale soll Anreize zur Förderung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 setzen, aber nicht die Kosten decken.	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Sie beträgt höchstens 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe.</p>	
<p>(4) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> gibt die Stufeneinteilung nach Absatz 2 und die Höhe der Pauschalen bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt.</p>	<p>(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die Stufeneinteilung nach Absatz 2 und die Höhe der Pauschalen bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt.</p>
<p>(5) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen für jeden Versicherten, der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben ist. <i>Hebt das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.</i> Schreibt sich ein nach Satz 1 eingeschriebener Versicherter in ein weiteres strukturiertes Behandlungsprogramm ein, erhält die Krankenkasse nur eine Zuweisung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Satz 1 und das Nähere zu § 4 Absatz 1 Nummer 11.</p>	<p>(5) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen für jeden Versicherten, der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben ist. Schreibt sich ein nach Satz 1 eingeschriebener Versicherter in ein weiteres strukturiertes Behandlungsprogramm ein, erhält die Krankenkasse nur eine Zuweisung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Satz 1 und das Nähere zu § 4 Absatz 1 Nummer 11.</p>
<p>(6) Aus § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Berichtsjahr:</p>	<p>(6) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>1. die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm,</p>	
<p>2. die Angabe über die Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Leistungen.</p>	
<p>§ 7 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.</p>	
<p>(7) Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 ist ein Versicherter in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ab dem Zeitpunkt eingeschrieben, ab dem alle in § 24 Absatz 1</p>	<p>(7) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Im Fall der Fortsetzung der Teilnahme an einem Programm nach Maßgabe des § 24 Absatz 3 beginnt der neue zuweisungsrelevante Zeitraum der Einschreibung mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse. Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 endet die Einschreibung eines Versicherten in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm</p>	
<p>1. mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms insbesondere durch Aufhebung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch Verzicht auf die Zulassung endet,</p>	
<p>2. mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung nach § 137f Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Versicherten oder</p>	
<p>3. mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Absatz 2 Nummer 2 endet.</p>	
<p>(8) Soweit die Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 Anteile zur Deckung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben oder Verwaltungskosten enthalten, sind diese Anteile aus den standardisierten Leistungsausgaben und den standardisierten sonstigen Ausgaben bei der Ermittlung nach § 12 Absatz 1, § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, § 17 Absatz 3 und § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 zu bereinigen.</p>	<p>(8) u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>(9) Hebt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Absatz 5 Satz 1 zurückzuzahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann der Krankenkasse durch Bescheid die erneute Übermittlung der Datenmeldung nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 aufgeben und den Rückzahlungsbetrag geltend machen. Im Fall des Satzes 2 fließen die Einnahmen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 16	§ 16
Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung	Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung
(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.	(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.
(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenzahl. Die Summe der monatlichen Zuweisungen an alle Krankenkassen entspricht einem Zwölftel des Wertes nach § 17 Absatz 2.	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenzahl. Die Summe der monatlichen Zuweisungen an alle Krankenkassen entspricht einem Zwölftel des Wertes nach § 17 Absatz 2.
(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils	(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils
1. bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,	1. u n v e r ä n d e r t
2. bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres	3. u n v e r ä n d e r t
die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 9 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Nummer 3 ermittelt das <i>Bundesversicherungsamt</i> außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 18 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 18 Absatz 2 vorläufig neu. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann dabei auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall die vorläufige Höhe ihrer Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abweichend ermitteln, wenn die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen erheblich und nachweislich von dem im Jahres-	die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 9 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Nummer 3 ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 18 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 18 Absatz 2 vorläufig neu. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann dabei auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall die vorläufige Höhe ihrer Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abweichend ermitteln, wenn die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ausgleich nach § 18 zu erwartenden Ergebnis abweichen. Bei der abweichenden Ermittlung nach Satz 2 kann sich das <i>Bundesversicherungsamt</i> unter Berücksichtigung des § 7 Absatz 4 Satz 3 an Schätzungen orientieren und legt einen angemessenen Sicherheitsabzug zugrunde. Die bis zur Neuberechnung nach den Sätzen 1 und 2 festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellungen nach den Sätzen 1 und 2 neu ermittelt. Das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt das <i>Bundesversicherungsamt</i> nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.</p>	<p>§ 18 zu erwartenden Ergebnis abweichen. Bei der abweichenden Ermittlung nach Satz 2 kann sich das Bundesamt für Soziale Sicherung unter Berücksichtigung des § 7 Absatz 4 Satz 3 an Schätzungen orientieren und legt einen angemessenen Sicherheitsabzug zugrunde. Die bis zur Neuberechnung nach den Sätzen 1 und 2 festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellungen nach den Sätzen 1 und 2 neu ermittelt. Das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.</p>
<p>(4) Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die Höhe der bisher nach Absatz 2 festgesetzten Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> teilt den Krankenkassen die nach Satz 1 oder Satz 2 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.</p>	<p>(4) Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die Höhe der bisher nach Absatz 2 festgesetzten Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Krankenkassen die nach Satz 1 oder Satz 2 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.</p>
<p>(5) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitzeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt.</p>	<p>(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitzeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt.</p>
<p>(6) Die dem <i>Bundesversicherungsamt</i> auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.</p>	<p>(6) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 17	§ 17
Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen	Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen
<p>(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> zieht dazu von dem Zuweisungsvolumen nach Absatz 2 die Ausgaben nach Absatz 3 ab und teilt das Ergebnis durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12. Das Ergebnis nach Satz 2 wird für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.</p>	<p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zieht dazu von dem Zuweisungsvolumen nach Absatz 2 die Ausgaben nach Absatz 3 ab und teilt das Ergebnis durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12. Das Ergebnis nach Satz 2 wird für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.</p>
<p>(2) Das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr ergibt sich aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte für das Ausgleichsjahr. Diese werden um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 8 Absatz 3 Satz 4 und nach § 16 Absatz 6, die Kosten nach § 28q Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie die nach § 137g Absatz 1 Satz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten bereinigt.</p>	(2) u n v e r ä n d e r t
<p>(3) Die maßgeblichen Ausgaben ergeben sich aus der Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen.</p>	(3) u n v e r ä n d e r t
<p>(4) Die Bekanntmachung der vom <i>Bundesversicherungsamt</i> für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November.</p>	<p>(4) Die Bekanntmachung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 18	§ 18
Jahresausgleich	Jahresausgleich
(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)	(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)
1. die risikoadjustierten Zu- und Abschläge und	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Werte nach § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Werte nach § 13 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2	3. u n v e r ä n d e r t
neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 8 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 8 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich sind nach Maßgabe des § 19 die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, auszuschließen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 Nummer 1 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.	neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 8 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 8 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich sind nach Maßgabe des § 19 die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, auszuschließen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 Nummer 1 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.
(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt für jede Krankenkasse den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind, indem es von dem Wert nach § 17 Absatz 2	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für jede Krankenkasse den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind, indem es von dem Wert nach § 17 Absatz 2
1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Höhe der Zuweisungen nach § 270 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und der Ausgleichsbeträge über den Risikopool nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
abzieht und das Ergebnis durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.	abzieht und das Ergebnis durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.
(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauschalen nach § 12 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch und § 270 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen. Für Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigt worden sind, kann das <i>Bundesversicherungsamt</i> im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung vornehmen.	(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauschalen nach § 12 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch und § 270 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen. Für Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigt worden sind, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung vornehmen.
(4) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> gibt die nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> teilt den Krankenkassen die nach Satz 2 oder Satz 3 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.	(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Krankenkassen die nach Satz 2 oder Satz 3 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.
(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen und im nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 zu korrigieren. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> gibt die korrigierten Werte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die korrigierten Zuweisungen mit. Das Nähere zum Verfahren bestimmt das <i>Bundesversicherungsamt</i>	(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen und im nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 zu korrigieren. Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die korrigierten Werte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die korrigierten Zuweisungen mit. Das Nähere

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.	zum Verfahren bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.
§ 19	§ 19
Ausschluss auffälliger Risikogruppen	Ausschluss auffälliger Risikogruppen
(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die nach § 18 Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5. Es gibt die dem Ausschlussverfahren zugrunde liegenden Werte zum Jahresausgleich bekannt.	(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die nach § 18 Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5. Es gibt die dem Ausschlussverfahren zugrunde liegenden Werte zum Jahresausgleich bekannt.
(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zugeordneten Versichertentage (Risikogruppenbesetzung) sowie die Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unter Außerachtlassung von § 18 Absatz 1 Satz 4.	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zugeordneten Versichertentage (Risikogruppenbesetzung) sowie die Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unter Außerachtlassung von § 18 Absatz 1 Satz 4.
(3) Es ermittelt die Risikogruppenbesetzung, die sich auf Grundlage der Daten ergibt, die den Festlegungen nach § 8 Absatz 4 Satz 1 für das Ausgleichsjahr des Jahresausgleichs zugrunde liegen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Auf Grundlage der Risikogruppenbesetzung nach den Absätzen 2 und 3 ermittelt das <i>Bundesversicherungsamt</i> die 10 Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung, soweit sie das Eineinhalbfache der durchschnittlichen Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung überschreiten. Unberücksichtigt bleiben diejenigen Risikogruppen nach Satz 1, bei denen die absolute Risikogruppenbesetzung im Ausgleichsjahr den Schwellenwert von 0,05 Prozent der durchschnittlichen Versichertenzeiten aller Krankenkassen im Ausgleichsjahr nicht überschreitet.	(4) Auf Grundlage der Risikogruppenbesetzung nach den Absätzen 2 und 3 ermittelt das Bundesamt für Soziale Sicherung die 10 Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung, soweit sie das Eineinhalbfache der durchschnittlichen Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung überschreiten. Unberücksichtigt bleiben diejenigen Risikogruppen nach Satz 1, bei denen die absolute Risikogruppenbesetzung im Ausgleichsjahr den Schwellenwert von 0,05 Prozent der durchschnittlichen Versichertenzeiten aller Krankenkassen im Ausgleichsjahr nicht überschreitet.
(5) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> schließt von den Risikogruppen nach Absatz 4 diejenigen mit dem größten Zuweisungsvolumen, das sich aus der Risikogruppenbesetzung und den Zu- und Abschlägen nach Absatz 2 ergibt, aus, bis 5 Prozent aller Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des jeweiligen Jahresausgleichs ausgeschlossen wurden. Erfüllen weniger als 5 Prozent der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Kriterien nach Absatz 4 Satz 1, sind alle	(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung schließt von den Risikogruppen nach Absatz 4 diejenigen mit dem größten Zuweisungsvolumen, das sich aus der Risikogruppenbesetzung und den Zu- und Abschlägen nach Absatz 2 ergibt, aus, bis 5 Prozent aller Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des jeweiligen Jahresausgleichs ausgeschlossen wurden. Erfüllen weniger als 5 Prozent der Risikogruppen nach § 2

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach Absatz 4 ermittelten Risikogruppen auszuschließen.	Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Kriterien nach Absatz 4 Satz 1, sind alle nach Absatz 4 ermittelten Risikogruppen auszuschließen.
(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres dem <i>Bundesversicherungsamt</i> mit Begründung die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mit, bei denen ein möglicher überdurchschnittlicher Anstieg der Risikogruppenbesetzung medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> schließt diese Risikogruppen nicht gemäß § 18 Absatz 1 Satz 4 aus.	(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres dem Bundesamt für Soziale Sicherung mit Begründung die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mit, bei denen ein möglicher überdurchschnittlicher Anstieg der Risikogruppenbesetzung medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Das Bundesamt für Soziale Sicherung schließt diese Risikogruppen nicht gemäß § 18 Absatz 1 Satz 4 aus.
(7) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> kann unter Berücksichtigung einer durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Überprüfung der Schwellenwerte nach Absatz 4 durch den wissenschaftlichen Beirat die Schwellenwerte abweichend festlegen.	(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann unter Berücksichtigung des Gutachtens nach § 266 Absatz 10 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Überprüfung der Schwellenwerte nach Absatz 4 durch den wissenschaftlichen Beirat die Schwellenwerte abweichend festlegen.
§ 20	§ 20
Prüfung der Datenmeldungen	Prüfung der Datenmeldungen
(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens alle drei Jahre folgende Daten, jeweils bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, auf deren Richtigkeit zu prüfen:	(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens alle drei Jahre folgende Daten, jeweils bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, auf deren Richtigkeit zu prüfen:
1. die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 10 und 11 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 und die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 6 mit Ausnahme des Arztgruppenschlüssels aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3.	2. u n v e r ä n d e r t
Die Stellen nach Satz 1 haben jährlich die Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 für	Die Stellen nach Satz 1 haben jährlich die Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 für

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Versicherte nach § 14 Absatz 2 Satz 1 des jeweiligen Berichtsjahres auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Die Stellen nach Satz 1 legen im Einvernehmen mit dem <i>Bundesversicherungsamt</i> die Prüfabstände nach Satz 1 fest.</p>	<p>Versicherte nach § 14 Absatz 2 Satz 1 des jeweiligen Berichtsjahres auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Die Stellen nach Satz 1 legen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung die Prüfabstände nach Satz 1 fest.</p>
<p>(2) Für die Prüfungen nach Absatz 1 legt das <i>Bundesversicherungsamt</i> nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> zieht die Stichproben für die jeweilige Prüfung und stellt den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 legt das <i>Bundesversicherungsamt</i> fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.</p>	<p>(2) Für die Prüfungen nach Absatz 1 legt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zieht die Stichproben für die jeweilige Prüfung und stellt den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 legt das Bundesamt für Soziale Sicherung fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.</p>
<p>(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> bestimmt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 das Nähere zu Art, Umfang und Aufbereitungsform der Daten und Belege, die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 zu übermitteln haben. Die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 teilen dem <i>Bundesversicherungsamt</i>, der Krankenkasse und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich das Ergebnis ihrer Prüfungen mit. Das Nähere zur Mitteilung der Prüfergebnisse bestimmt das <i>Bundesversicherungsamt</i> nach Anhörung der Stellen nach Absatz 1 Satz 1.</p>	<p>(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 das Nähere zu Art, Umfang und Aufbereitungsform der Daten und Belege, die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 zu übermitteln haben. Die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung, der Krankenkasse und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich das Ergebnis ihrer Prüfungen mit. Das Nähere zur Mitteilung der Prüfergebnisse bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Anhörung der Stellen nach Absatz 1 Satz 1.</p>
<p>(4) Für die Richtigkeit der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 ist zu prüfen, ob die Vorgaben des § 15 Absatz 7 erfüllt sind. Dafür sind die Meldungen des jeweiligen Ausgleichsjahres zu prüfen; zu berücksichtigen sind dabei die den Meldungen zugrunde liegenden Unterlagen des Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres.</p>	<p>(4) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(5) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> rechnet die bei den Prüfungen nach Absatz 1 jeweils festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit hoch. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hierbei kann es bei den Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 auch bestimmen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.</p>	<p>(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung rechnet die bei den Prüfungen nach Absatz 1 jeweils festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit hoch. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hierbei kann es bei den Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 auch bestimmen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.</p>
<p>(6) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt auf Grund der jeweiligen Hochrechnung nach Absatz 4 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. Die Einnahmen nach diesem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.</p>	<p>(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt auf Grund der jeweiligen Hochrechnung nach Absatz 5 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. Die Einnahmen nach diesem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.</p>
§ 21	§ 21
Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
<p>(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> prüft nach § 273 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres.</p>	<p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft nach § 273 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres.</p>
<p>(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, indem es</p>	<p>(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, indem es</p>
<p>1. innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens zur Ermittlung des Korrekturbetrags feststellt, welche Daten rechtswidrig übermittelt wurden,</p>	1. u n v e r ä n d e r t
<p>2. nach Ablauf dieser Frist durch Vergleich der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift oder des § 39a in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ermittelt wurde, mit der rechtswidrigen Datenmeldung <i>die betroffenen Risikomerkmale nach § 2 Absatz 1 feststellt,</i></p>	<p>2. nach Ablauf dieser Frist durch Vergleich der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift oder des § 39a in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung ermittelt wurde, mit der rechtswidrigen Datenmeldung den Umfang der rechtswidrig übermittelten Daten schätzt,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>3. auf Grundlage der Feststellung nach Nummer 1 oder Nummer 2 den Betrag ermittelt, um den die rechtswidrige Datenmeldung die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöht hat.</p>	<p>3. auf Grundlage der Feststellung nach Nummer 1 oder der Schätzung nach Nummer 2 den Betrag ermittelt, um den die rechtswidrige Datenmeldung die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöht hat.</p>
<p>Für die Ermittlung nach Satz 1 kann <i>das Bundesversicherungsamt von der betroffenen</i> Krankenkasse Auskünfte und Nachweise verlangen. Bei der <i>Ermittlung</i> nach Satz 1 Nummer 2 berücksichtigt das <i>Bundesversicherungsamt</i> die durchschnittliche Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen. Zum Ergebnis nach Satz 1 wird ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert. Das <i>Bundesversicherungsamt</i> macht den Korrekturbetrag durch Bescheid geltend.</p>	<p>Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Schätzung nach Satz 1 Nummer 2 auf einzelne Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 beschränken. Für die Ermittlung nach den Sätzen 1 und 2 kann die betroffene Krankenkasse Auskünfte und Nachweise vorlegen oder das Bundesamt für Soziale Sicherung diese verlangen. Bei der Schätzung nach Satz 1 Nummer 2 berücksichtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung die durchschnittliche Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen. Zum Ergebnis nach Satz 1 wird ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert. Das Bundesamt für Soziale Sicherung macht den Korrekturbetrag durch Bescheid geltend.</p>
<p>(3) Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet. Das Nähere zum Verfahren nach <i>dieser Vorschrift</i> bestimmt das <i>Bundesversicherungsamt</i> im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>	<p>(3) Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet. Das Nähere zum Verfahren nach Ab-satz 2 Satz 1 Nummer 2 bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>
§ 22	§ 22
Durchführung des Einkommensausgleichs	Durchführung des Einkommensausgleichs
<p>(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.</p>	<p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.</p>
<p>(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 16 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragsatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1</p>	<p>(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 16 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragsatz der Krankenkasse nach</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 16 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausgezahlt.	§ 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 16 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausgezahlt.
(3) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 16 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 16 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 4 gilt entsprechend.	(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 16 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 16 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 4 gilt entsprechend.
(4) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 18 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 18 Absatz 4 gilt entsprechend.	(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 18 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 18 Absatz 4 gilt entsprechend.
Abschnitt 4	Abschnitt 4
Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen	Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen
§ 23	§ 23
Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds	Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds
(1) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> ermittelt für die in § 92a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Jahre für jede Krankenkasse für das jeweilige Jahr den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.	(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt für die in § 92a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Jahre für jede Krankenkasse für das jeweilige Jahr den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.
(2) Das <i>Bundesversicherungsamt</i> hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach Absatz 1	(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
von den Zuweisungen an die Krankenkasse nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Jahr abzusetzen. <i>Die §§ 16 und 18 gelten entsprechend.</i>	Absatz 1 von den Zuweisungen an die Krankenkasse nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Jahr abzusetzen. § 18 gilt entsprechend.
Abschnitt 5	Abschnitt 5
Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
§ 24	§ 24
Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme	u n v e r ä n d e r t
(1) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte	
1. nur auf Grund einer schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Erstdokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeschrieben wird,	
2. nach § 137f Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in die Teilnahme sowie die damit verbundene Verarbeitung seiner Daten einwilligt und	
3. über die Programminhalte, insbesondere auch darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet werden können, und dass in den Fällen des § 25 Absatz 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm und die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung sowie über seine im Programm aufgeführten Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele und darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat, informiert wird und diese Information schriftlich oder elektronisch bestätigt.</p>	
<p>(2) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann außerdem nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass</p>	
<p>1. die Krankenkasse die aktive Teilnahme des Versicherten anhand der Dokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überprüft,</p>	
<p>2. die Teilnahme des Versicherten am Programm endet, wenn</p>	
<p>a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,</p>	
<p>b) er innerhalb von zwölf Monaten zweier nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder</p>	
<p>c) zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a genannten Frist übermittelt worden sind, und</p>	
<p>3. die Krankenkasse die am Programm Beteiligten über Beginn und Ende der Teilnahme eines Versicherten am Programm informiert.</p>	
<p>(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.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 2 Nummer 2 entsprechend.	
§ 25	§ 25
Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten	Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten
(1) Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist, dass	(1) u n v e r ä n d e r t
1. im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassende und zu übermittelnde Erst- und Folgedokumentationen vorgesehen sind, die nur die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils aufgeführten Angaben umfassen und nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verarbeitet werden, und	
2. im Programm vorgesehen ist, dass Zugang zu den an die Krankenkassen nach dieser Vorschrift übermittelten Daten nur Personen haben, die Aufgaben im Rahmen der Betreuung Versicherter in strukturierten Behandlungsprogrammen wahrnehmen und hierfür besonders geschult worden sind.	
(2) Soweit die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms mit einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird, kann das Programm zugelassen werden, wenn	(2) u n v e r ä n d e r t
1. in den Verträgen vereinbart worden ist, dass	
a) die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erhebenden Daten den	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen übermitteln,</p>	
<p>b) der Versicherte schriftlich über die nach Buchstabe a übermittelten Daten unterrichtet wird,</p>	
<p>c) die Arbeitsgemeinschaft nach Buchstabe a die ihr übermittelten Daten pseudonymisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt, die diese Daten nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeiten dürfen,</p>	
<p>d) die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs in einer für die Zwecke nach Absatz 1 geeigneten Form erfolgt, und</p>	
<p>2. im Programm vorgesehen ist, dass diese Vereinbarungen der Durchführung des Programms zu Grunde gelegt werden.</p>	
<p>Satz 1 gilt für sonstige Verträge mit Leistungserbringern zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, entsprechend.</p>	
<p>(3) Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 nicht vorgesehen ist, kann das Programm nur dann zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass die in den <i>Anlagen</i> nach <i>Absatz 1</i> aufgeführten Daten von den Leistungserbringern zu erheben und der Krankenkasse maschinell verwertbar sowie versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums zu übermitteln sind. Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.</p>	<p>(3) Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 nicht vorgesehen ist, kann das Programm nur dann zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Daten von den Leistungserbringern zu erheben und der Krankenkasse maschinell verwertbar sowie versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums zu übermitteln</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sind. Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.
<p>(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit erforderlich, und die Daten nach Absatz 1 an die mit der Evaluation beauftragten Sachverständigen gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.</p>	(4) u n v e r ä n d e r t
§ 26	§ 26
Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen	Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen
<p>(1) Die Bescheidung eines Antrags auf Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms umfasst alle Tätigkeiten, die unmittelbar durch die Bearbeitung des Antrags veranlasst sind. Der Berechnung der Gebühren sind die Personalkostensätze des Bundes einschließlich der Sachkostenpauschale zu Grunde zu legen. Die Personalkostensätze sind je Arbeitsstunde anzusetzen. Wird ein Zulassungsantrag vor der Bescheiderteilung zurückgenommen, wird der Gebührenberechnung der bis dahin angefallene Bearbeitungsaufwand zu Grunde gelegt. Auslagen sind den Gebühren in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen.</p>	(1) u n v e r ä n d e r t
<p>(2) Vorhaltekosten sind die beim <i>Bundesversicherungsamt</i> anfallenden notwendigen Kosten, die durch Leistungen im Zusammenhang mit der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme veranlasst werden, die aber nicht unmittelbar durch die Bescheiderteilung entstehen. Zur Ermittlung der Vorhaltekosten ist die Summe der für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage des Absatzes 1 ermittelten Personal- und Sachkosten der mit der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen befassten Mitarbeiter um die für das Ausgleichsjahr für die Bescheiderteilung berechneten Gebühren zu verringern.</p>	<p>(2) Vorhaltekosten sind die beim Bundesamt für Soziale Sicherung anfallenden notwendigen Kosten, die durch Leistungen im Zusammenhang mit der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme veranlasst werden, die aber nicht unmittelbar durch die Bescheiderteilung entstehen. Zur Ermittlung der Vorhaltekosten ist die Summe der für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage des Absatzes 1 ermittelten Personal- und Sachkosten der mit der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen befassten Mitarbeiter um die für das Ausgleichsjahr für die Bescheiderteilung berechneten Gebühren zu verringern.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Abschnitt 6	Abschnitt 6
Übergangsregelung	u n v e r ä n d e r t
§ 27	
Übergangsregelung	
(1) Nach Maßgabe des § 266 Absatz 11 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 insbesondere, dass	
1. die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 bis 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht, ein weiteres Risikomerkmale gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 ist,	
2. § 31 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung anzuwenden ist,	
3. die §§ 14, 15 Absatz 1 bis 4 und 6 Satz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 nicht anzuwenden sind.	
(2) Werden im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 die Datenmeldungen für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2020 geprüft, sind	
1. zusätzlich die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3,	
2. nicht die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2	
zu prüfen. Die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 ist für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nicht durchzuführen.“	
8. Der Siebte bis Neunte Abschnitt werden aufgehoben.	8. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Dem § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird folgender Absatz 11 angefügt:	Dem § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird folgender Absatz 11 angefügt:
„(11) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, ist im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“	„(11) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 0,42 Prozent des Rechnungsbetrags und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. “
	Artikel 7a
	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	Dem § 8 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, wird folgender Absatz 7 angefügt:
	„(7) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 0,42 Prozent des Rechnungsbetrags und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. “

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 8	Artikel 8
Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung	Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung
§ 1 der SGB V-Übertragungsverordnung vom 12. Februar 2010 (BGBl. I S. 88) wird wie folgt gefasst:	§ 1 der SGB V-Übertragungsverordnung vom 12. Februar 2010 (BGBl. I S. 88) wird wie folgt gefasst:
„§ 1	„§ 1
Die in § 170 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 162 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltenen Ermächtigungen werden auf das <i>Bundesversicherungsamt</i> übertragen.“	Die in § 170 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 162 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltenen Ermächtigungen werden auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.“
	Artikel 8a
	Änderung der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung
	Die Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung vom 18. Juli 2011 (BGBl. I S. 1396), die zuletzt durch Artikel 57 Absatz 28 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 2 wird die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.
	2. In § 4 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
<p>In § 219 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, werden die Wörter „einschließlich der Verpflichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund aus der Durchführung des Zahlungsverkehrs für den Risikostrukturausgleich gemäß § 266 des Fünften Buches“ gestrichen.</p>	
Artikel 10	Artikel 10
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
<p>§ 46 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10c des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	
<p>1. In Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „§ 147 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 149 Absatz 2“ ersetzt.</p>	
<p>2. In Absatz 5 wird die Angabe „bis 172“ durch die Angabe „bis 170“ ersetzt.</p>	
	Artikel 10a
	Änderung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
	Artikel 33 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) wird wie folgt geändert:
	<p>1. In Nummer 2 wird nach dem Wort „Buches“ das Wort „Sozialgesetzbuch“ eingefügt.</p>
	<p>2. Die Nummern 1 und 3 werden aufgehoben.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 11	Artikel 11
Inkrafttreten, Außerkrafttreten	Inkrafttreten, Außerkrafttreten
<p>(1) Dieses Gesetz tritt <i>vorbehaltlich der Absätze 2 und 3</i> am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2), die durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, außer Kraft.</p>	<p>Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2), die durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, außer Kraft.</p>
<p>(2) Artikel 7 tritt am 31. Dezember 2019 in Kraft.</p>	<p>(2) entfällt</p>
<p>(3) Artikel 5 Nummer 18 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.</p>	<p>(3) entfällt</p>

Bericht der Abgeordneten Karin Maag, Sabine Dittmar, Detlev Spangenberg, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Achim Kessler und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu den Buchstaben a bis c und e

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/15662** sowie die Anträge auf den **Drucksachen 19/15790, 19/15789 und 19/9565** in seiner 134. Sitzung am 12. Dezember 2019 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz überwiesen. Den Antrag auf Drucksache 19/15789 hat er zur Mitberatung zudem an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Wirtschaft und Energie und den Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/9233** in seiner 95. Sitzung am 11. April 2019 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Finanzausschuss überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde nach Angaben der Bundesregierung die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) grundlegend modernisiert. Durch einen solidarischen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sei die Gesundheitsversorgung seitdem auf einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet. Zugleich sei die freie Wahl der Krankenkasse für die Mitglieder der GKV ermöglicht worden. Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sei dabei die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA), der die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten vermeiden sollte. Mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA zum 1. Januar 2009 seien die Zielgenauigkeit des RSA erhöht und Wettbewerbsverzerrungen reduziert, aber nicht gänzlich beseitigt worden. So seien einige Versichertengruppen (wie multimorbide, ältere Versicherte sowie Versicherte ohne diagnostizierte Krankheiten) überdeckt, das heiße, die Zuweisungen für diese Versicherten überstiegen die Ausgaben. Andere Gruppen, wie beispielsweise Versicherte mit hohen Leistungsausgaben, seien unterdeckt, weil die Ausgaben die Zuweisungen überstiegen. Fänden sich in der Versichertenstruktur einer Krankenkasse überdurchschnittlich viele Versicherte aus einer dieser Gruppen, könne dies zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Durch regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen entstünden ebenfalls erhebliche Über- beziehungsweise Unterdeckungen, die in einem bundesweit einheitlichen Finanzierungssystem zu Ungleichgewichten zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen führen könnten. Darüber hinaus könnten sich Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung auf die Zuweisungen an die Krankenkassen auswirken und im Ergebnis zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Verwerfungen im Wettbewerb der Krankenkassen ergäben sich auch durch das bestehende, historisch entstandene Haftungssystem nach Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse.

Um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft zu beseitigen, sei es notwendig, den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen und die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im RSA sowie im Organisationsrecht zu modernisieren und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung anzupassen. Der RSA sei als „lernendes

System“ ausgestaltet, um die Verstärkung möglicher Fehlanreize, die in einem Ausgleichssystem auftreten könnten, zu vermeiden. Unter Berücksichtigung des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (November 2017) und des Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Juni 2018), die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vorgelegt habe, werde der RSA mit dem Ziel gleicher Wettbewerbsbedingungen und der Stärkung der Manipulationsresistenz sowie der Präventionsorientierung weiterentwickelt. Dabei stünden systematische Verbesserungen des RSA im Fokus, die insbesondere die Reduzierung struktureller Fehldeckungen auf der Ebene von einzelnen Versichertengruppen und im Hinblick auf die regionale Verteilung der Versicherten ermöglichten. Zugleich würden dadurch Risikoselektionsanreize verringert. Dazu würden unter anderem folgende Änderungen in der RSA-Systematik umgesetzt:

- Einführung einer Regionalkomponente
- Einführung eines Krankheits-Vollmodells
- Einführung eines Risikopools
- Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA
- Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung.

Zur Stärkung der Manipulationsresistenz werde eine Manipulationsbremse im RSA-Jahresabschluss eingeführt, nach der hierarchisierte Morbiditätsgruppen von den Zuweisungen ausgeschlossen würden, wenn ihre Steigerungsrate statistisch auffällig sei. Entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Gutachten aus dem Jahr 2017 werde das bisherige Verbot der Diagnosevergütung neu formuliert, um Umgehungsstrategien zu eliminieren. Zusätzlich würden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz bereits verschiedene vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlene Maßnahmen umgesetzt, die die Manipulationsresistenz des RSA stärken. Dazu gehörten

- die Einführung von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurschlüssel im ambulanten Bereich zur Sicherstellung von Qualität und Einheitlichkeit der Diagnosekodierung, um der Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch die Krankenkassen entgegenzuwirken;
- die Zertifizierung der Praxisverwaltungssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), um krankenkassenindividuelle Module zur Beeinflussung des Kodierverhaltens zu verhindern.

Die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA werde vereinfacht und in Bezug auf die Kompetenzen des BVA verstärkt. Unter anderem erhalte das BVA als RSA-Durchführungsbehörde ein eigenständiges, anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast für rechtswidriges Verhalten werde umgekehrt. Die Präventionsorientierung des RSA werde gestärkt, indem eine Vorsorgepauschale in den RSA eingeführt werde. Damit werde es für die Krankenkassen attraktiver, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern. Mit der Neugestaltung des Haftungssystems würden Verwerfungen im Wettbewerb beseitigt, die durch die historisch entstandenen Haftungsregelungen verursacht würden. Hierfür werde die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart abgeschafft und eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines fairen Verteilungsschlüssels eingeführt.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 geprüft und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Erfüllungsaufwand und die weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt habe. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags daher keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen (Drucksache 19/15662, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 983. Sitzung am 29. November 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Er hat in seiner Stellungnahme Änderungen am Gesetzentwurf sowie darüber hinausgehende Regelungen gefordert. Die geforderten Änderungen am Gesetzentwurf beziehen sich insbesondere auf die Einführung einer Regionalkomponente in den RSA (Festlegung der regionalen Merkmale unter Beteiligung der Länder beziehungsweise im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der

Krankenkassen, Streichung des Bereichs „Preisstruktur medizinischer Leistungen“ aus der beispielhaften Aufzählung möglicher regionaler Merkmale), die Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA (Streichung der Regelungen zur Neuformulierung des Verbots der Diagnosevergütung, zur Manipulationsbremse im RSA und zu Anpassungen bei der Prüfung des Datengrundlagen des RSA), die Vertragstransparenzstelle (Einrichtung eines Zugangs der Aufsichtsbehörden der Länder), die organisations- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen im Bereich der GKV (Streichung der Erweiterung der Klagebefugnisse der Krankenkassen untereinander, der Regelungen zur Aufsichtsbehördentagung, der Einführung eines GKV-weiten Haftungsverbands, der Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses im GKV-Spitzenverband; weiterhin Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen an der Haftungsprävention) und die Finanzreserven der Krankenkassen (höhere Obergrenze, Abbau erst ab 2021). Darüber hinaus beziehen sich Forderungen des Bundesrates insbesondere auf die Bedarfsplanung (Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 2 SGB V), die Versorgung in der GKV mit Verbandsmitteln (Verlängerung der Übergangsfrist nach § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V) und Arzneimitteln zur Behandlung seltener Leiden (längerer Zeitraum für die regelmäßige Überprüfung der anwendungsbegleitenden Datenerhebung nach § 35a Absatz 3b SGB V) und auf Neuregelungen zur Verbesserung des Schutzes gegen die Fälschung von ärztlichen Approbationsurkunden (Drucksache 19/15662 Anlage 3).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats eine Prüfung der Regelung des Gesetzentwurfes zur Regionalkomponente im RSA (Prüfung der Streichung des Bereichs „Preisstruktur medizinischer Leistungen“), der Vorschläge zur Bedarfsplanung und zur Einführung einer bundeseinheitlichen Regelung, die Fälschungen von Approbationsurkunden für Ärztinnen und Ärzte über bereits bestehende Regelungen hinaus entgegenwirken kann, zugesagt. Im Übrigen wurden die Regelungsvorschläge des Bundesrates abgelehnt (Drucksache 19/15662 Anlage 4).

Zu Buchstabe b

Mit dem Anfang 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) I seien die Kosten für die Pflege aus den Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) ausgegliedert worden, so die Antragsteller. Laut Bundesgesundheitsministerium ziele dies „auf die Verbesserung der Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in Krankenhäusern“. Mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sei ab 2019 eine personelle Mindestausstattung in sogenannten pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser eingeführt worden. Sie sei im Oktober 2019 aktualisiert worden. Laut Bundesgesundheitsministerium dienten die Personaluntergrenzen dem Schutz der Patienten und Pflegekräfte. Im Krankenhaus arbeiteten aber nicht nur Pflegekräfte. Die Arbeitsbedingungen und die Anzahl der Beschäftigten seien auch bezüglich aller anderen Berufsgruppen bedeutend und für die Qualität der Versorgung und Sicherheit der Patienten entscheidend. Diese Berufsgruppen und damit auch die Patienten gelte es ebenfalls zu schützen. Die Unterscheidung zwischen Pflegekräften und dem übrigen nichtärztlichen sowie ärztlichen Personalbereich sei nicht sinnvoll. Die alleinige Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen und die Pflegepersonaluntergrenzen sei deshalb nicht ausreichend, um eine qualitativ und quantitativ gute Versorgung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen.

Es müsse daher sichergestellt werden, dass die Kosten für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen aus den DRG ausgegliedert und verbindliche patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen gelten würden. Zur Begründung heißt es, wenn ausschließlich Pflegepersonalkosten aus den DRG ausgegliedert würden, würden von den Krankenhäusern für notwendig erachtete Einsparungen im Personalkostenbereich bei den anderen, nicht ausgegliederten Berufsgruppen durchgeführt und die Belastungen für das Personal dort noch zunehmen. Ohne verbindliche patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben in allen Krankenhausbereichen und für alle dort tätigen Berufsgruppen sei außerdem zu befürchten, dass von den Krankenhäusern für notwendig erachtete Einsparungen im Personalkostenbereich bei Berufsgruppen und in Bereichen ohne Personalvorgaben durchgeführt würden und die Belastungen für das Personal dort noch zunehmen. Wenn Personalvorgaben nicht in allen Krankenhausbereichen und für alle dort tätigen Berufsgruppen und Aufgabenbereiche gelten würden, könnten Personalverschiebungen in Bereiche mit Personalvorgaben und Patientenverschiebungen aus Bereichen mit Personalvorgaben ohne einen entsprechenden Personalzuwachs dort zu einer weiteren Verschärfung der Arbeitsbelastung führen. Davor müssten sowohl das Krankenhauspersonal als auch die Patienten geschützt werden.

Zu Buchstabe c

Die Zahl der Lieferengpässe bei Arzneimitteln ist laut AfD-Fraktion in Deutschland deutlich angewachsen. Der Bundesgesundheitsminister habe am 18. November 2019 gesagt, „Patienten erwarten zu Recht, dass sie dringend notwendige Medikamente unverzüglich bekommen“. Das sei „momentan leider zu häufig nicht der Fall“. Deutschland sei bei der Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln vom Nicht-EU-Ausland abhängig. Es müsse daher sichergestellt werden, dass pharmazeutische Unternehmen eine voraussichtlich über zwei Wochen hinausgehende Nichtverfügbarkeit eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels in Deutschland unverzüglich melden müssten, die betroffenen Arzneimittel nicht exportiert werden dürften, die Vergabe von Rabattverträgen gemäß § 130a Absatz 8 SGB V derart geändert werde, dass Zuschläge grundsätzlich auf mindestens zwei unterschiedliche Anbieter verteilt würden, von denen mindestens einer sowohl das Fertigarzneimittel als auch den darin enthaltenen Wirkstoff innerhalb der EU herstelle bzw. herstellen lasse.

Zur Begründung heißt es, noch vor einigen Jahren habe Deutschland als „Apotheke der Welt“ gegolten. Heute bestehe bei der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung eine gefährliche Abhängigkeit vom Nicht-EU-Ausland, insbesondere von China und Indien. Lieferengpässe bei wichtigen Arzneimitteln nähmen zu. Ein wesentlicher Grund für die Verlagerung der Wirkstoffproduktion ins Nicht-EU-Ausland und auch für die Konzentration der Bulkherstellung bei wenigen Lohnherstellerbetrieben sei der Kostendruck. Dadurch entstünden nicht nur Abhängigkeiten vom Ausland, sondern Probleme, Unfälle und auch Rückrufe zum Beispiel bei Verunreinigungen wie auch im Fall Valsartan. Diese führten zum Ausfall einer Vielzahl von Fertigarzneimitteln und einer Vielzahl von Zulassungsinhabern bzw. pharmazeutischen Unternehmen. Ein wichtiger Grund für den Kostendruck und damit sowohl für die Abhängigkeit Deutschlands als auch für die Lieferengpässe seien die Rabattverträge der Krankenkassen. Die Praxis der Rabattverträge müsse deshalb modifiziert werden. Das Problem der Lieferengpässe werde dadurch verschärft, dass Arzneimittel statt in Deutschland auf den Markt gebracht zu werden, in Länder verkauft würden, in denen die Preise höher als in Deutschland seien, so zum Beispiel nach Großbritannien oder Schweden. Ein Exportverbot wäre, da es dem Schutz der öffentlichen Gesundheit diene, EU-rechtlich möglich.

Zu Buchstabe d

Derzeit ist der Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung (PKV) nach Darstellung der Antragsteller aufgrund der stark eingeschränkten Möglichkeiten der Versicherten, beim Anbieterwechsel die Altersrückstellungen mitzunehmen, sehr begrenzt. Der Wettbewerb finde deshalb in der PKV überwiegend bei Neukunden statt. Bereits Versicherte seien in der Realität häufig lebenslang an ihren Anbieter gebunden. Dieses Wettbewerbsdefizit vermindere die Effizienz der PKV und führe zu unnötigen Kosten für die Versicherten.

Es müsse daher sichergestellt werden, dass alle in der PKV Versicherten bei einem Anbieterwechsel ihre Altersrückstellungen zum neuen Anbieter mitnehmen könnten, denn Zur Begründung heißt es, eine Mitnahme der Altersrückstellungen sei ohne Weiteres realisierbar. Die Höhe der dem Gesundheitszustand entsprechenden Altersrückstellungen, die ein Versicherter bei einem Wechsel zu einer anderen Versicherung mitnehmen könne, lasse sich berechnen. Eine Stärkung des Wettbewerbs nutze den Versicherten. Bisher seien Versicherte häufig an einen Anbieter gebunden, auch wenn die Prämien stark stiegen. „In der Wirtschaft ist es ein extremer Hebel, dass ich als Kunde mit den Füßen abstimmen kann“, habe der Vorsitzende der Monopolkommission Prof. Achim Wambach festgestellt. Diese Möglichkeit müssten auch Privatversicherte erhalten. Außerdem sei eine Zunahme der Dynamik auf dem PKV-Markt durch Neueintritte von Anbietern zu erwarten, die nicht mehr nur um Neu-, sondern auch um Bestandskunden konkurrierten. Dies könne zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit führen.

Zu Buchstabe e

Aktuell findet der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrages sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt, so die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Gute Versorgungsqualität zahle sich für die Krankenkassen nicht aus. Wettbewerb im Gesundheitswesen solle jedoch kein Selbstzweck sein, sondern das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Darum seien Instrumente und Anreize nötig, mit denen Kassen für gute Versorgung belohnt würden. Zugleich müsse Qualitätstransparenz geschaffen werden, damit Versicherte Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Versorgungs- und Servicequalität miteinander vergleichen könnten.

Damit es den Versicherten möglich werde, eine informierte Entscheidung zur Auswahl ihrer Krankenkassen zu treffen, müsse ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring etabliert werden, das durch geeignete Kriterien eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen ermögliche. Die Ergebnisse müssten den Versicherten in einem Portal zugänglich mache. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) müsse damit beauftragt werden, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen beispielsweise das besondere Engagement etwa von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf belohnt werde oder Krankenkassen zum Abschluss von sektor übergreifenden Versorgungsverträgen bewegt würden, vorzulegen. Zur Begründung heißt es, während sich Leistungserbringerinnen und -erbringer in zunehmendem Maße Qualitätsvergleichen stellen müssten, seien die gesetzlichen Krankenkassen davon bislang nicht erfasst. Dabei hätten Krankenkassen durch die Gestaltung der Versorgung, durch eigene Anstrengungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten sowie durch Maßnahmen zur Unterstützung von Gesundheitsförderung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert werde bzw. ob Versicherte ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechend versorgt würden. Entsprechend müssten die Kassen die Möglichkeit erhalten, mit guter Versorgung und erstklassigem Service punkten zu können.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 80. Sitzung am 12. Februar 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 19/1837) in seiner 32. Sitzung am 23. Oktober 2019 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/13452 befasst und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbite nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 19(26)43-1).

Zu Buchstabe b

Keine mitberatenden Ausschüsse.

Zu Buchstabe c

Der Ausschuss für **Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 80. Sitzung am 12. Februar 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/15789 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 60. Sitzung am 12. Februar 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/15789 abzulehnen.

Der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** hat in seiner 55. Sitzung am 12. Februar 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/15789 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 73. Sitzung am 12. Februar 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/9233 abzulehnen.

Zu Buchstabe e

Keine mitberatenden Ausschüsse.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 69. Sitzung am 6. November 2019 beschlossen, zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 und zum Antrag auf Drucksache 19/9565 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 73. Sitzung am 11. Dezember 2019 hat er beschlossen, zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/15789 und 19/15790 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum sowie zu dem Antrag auf Drucksache 19/9233 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 74. Sitzung am 18. Dezember 2019 hat der Ausschuss die Beratungen zu den fünf Vorlagen aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 75. Sitzung am 18. Dezember 2019 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), BKK Dachverband e. V. (BKK-DV), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (ADKA), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Gewerkschaftsbund – Bundesvorstand (DGB), Deutscher Hausärzterverband e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), GWQ Service-Plus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen, IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Pro Generika e. V., Sozialverband VdK Deutschland e. V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Werner Baumgärtner (MEDI Baden-Württemberg e. V.), Dr. Gertrud Demmer (SBK Siemens-Betriebskrankenkasse), Dr. Thomas Drabinski (Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)), Prof. Dr. Thorsten Kingreen (Universität Regensburg), Uwe Klemens (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)), Prof. Dr. Christoph Straub (BARMER), Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 79. Sitzung am 12. Februar 2020 hat der Ausschuss für Gesundheit seine Beratungen abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/15790 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/15789 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/9233 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/9565 abzulehnen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD mit folgendem Inhalt beschlossen (Ausschussdrucksachen 19(14)122.1(neu) und 19(14)122.3):

1. Es wird geregelt, dass die Wirkungen der Einführung einer Regionalkomponente in den RSA und der RSA-Manipulationsbremse in zwei gesonderten wissenschaftlichen Gutachten im Jahr 2023 untersucht werden. Die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente werden im Jahr 2021 auf Ebene der Länder auf 75 Prozent begrenzt. Auf Vorschlag des Bundesrates wird zudem die Preisstruktur medizinischer Leistungen aus der beispielhaften Aufzählung der Bereiche, aus denen die regionalen Merkmale insbesondere ausgewählt werden sollen, gestrichen. Zudem wird das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als Durchführungsbehörde des RSA bei der Regionalkomponente zu unterjährigen technischen Anpassungen aufgrund von Gebietsreformen ermächtigt.
2. Die Einrichtung der Vertragstransparenzstelle erfolgt in einem zeitlich gestuften Verfahren. Zudem wird klargestellt, dass auch die Angaben zu fortgeltenden Verträgen auf alter Rechtsgrundlage und zu zukünftigen Verträgen der Vertragstransparenzstelle zu melden sind.
3. Bei der Prüfung der Datengrundlagen des RSA nach § 273 SGB V werden die Anforderungen an die gesetzliche Vermutung eines Rechtsverstoßes durch die betroffene Krankenkasse konkretisiert. Für die Liquiditätsplanung der Krankenkassen wird bestimmt, dass die Verrechnung von Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen erfolgt.
4. Als Teil der redaktionellen und klarstellenden Anpassungen der Regelungen des Gesetzentwurfes wird insbesondere die Umbenennung des BVA in BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts umgesetzt.
5. Beim Rechnungszuschlag für Krankenhäuser wird durch eine Anpassung der Bundespflegesatzverordnung gewährleistet, dass neben allgemeinen Krankenhäusern auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser den Rechnungszuschlag erhalten. Zudem wird der Abrechnungszeitraum verkürzt, um die Abrechnung zu erleichtern, und die Höhe des Rechnungszuschlags entsprechend angehoben.
6. Die Kompetenzen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband (LKA) werden weiterentwickelt und konkretisiert. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes trifft versorgungsbezogene Entscheidungen zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen im Benehmen mit dem LKA und hat Abweichungen von Empfehlungen des LKA gegenüber diesem zu begründen. Dies gilt nicht, wenn der Vorstand Beschlüsse umsetzt, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit gefasst hat.
7. Die bislang im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Neuformulierung des Verbots der Diagnosevergütung werden gestrichen.
8. Die gesetzliche Mindestrücklage der Krankenkassen wird von 0,25 auf 0,20 Monatsausgaben abgesenkt und der Wiederauffüllbetrag bei Unterschreitung des Rücklagesolls wird angehoben.
9. Die für Forschungszwecke für den RSA vorgesehene Datenmeldung zur Kennzeichnung von Diagnosen nach haus- oder fachärztlicher Herkunft wird gestrichen.
10. Die Regelung zur Verkleinerung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes von höchstens 52 auf höchstens 40 Mitglieder wird gestrichen.
11. Es wird geregelt, dass für alle zugelassenen Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) mit Ausnahme von biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukten eine Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchgeführt wird und nachfolgend ein Erstattungsbetrag verhandelt wird („AMNOG-Verfahren“).
12. Pharmazeutische Unternehmer können beim G-BA für Antibiotika den Status als Reserveantibiotika beantragen, für die der Zusatznutzen als belegt gilt.
13. Es wird klargestellt, dass der G-BA anwendungsbegleitende Datenerhebungen (AwD) und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung bereits mit Wirkung zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens

eines Arzneimittels anordnen kann. Zudem wird geregelt, dass unter Beachtung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der betroffene pharmazeutische Unternehmer vor Anordnung einer AWD schriftlich beteiligt werden, und dass Klagen gegen die Anordnung keine aufschiebende Wirkung haben und ein Vorverfahren nicht stattfindet.

14. Es wird klargestellt, dass ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes als Erstattungsobergrenze fort gilt, soweit und solange für einen AMNOG-Wirkstoff noch kein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 SGB V festgesetzt wurde. Solange das Arzneimittel noch Patentschutz genießt, gelten die Regelungen zur Erstattungsbetragsvereinbarung nach § 130b SGB V weiter, bis ein Festbetrag für das Arzneimittel festgesetzt wird.
15. Bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen bestimmter Arzneimittelgruppen können die zuständigen Behörden zukünftig von der Verpflichtung der Kennzeichnung und Etikettierung in deutscher Sprache absehen. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird ein Jour Fixe in Form eines Beirats zu versorgungsrelevanten Lieferengpässen bei Arzneimitteln gesetzlich verankert. Das BfArM erstellt und veröffentlicht nach Anhörung des Beirats Listen zu versorgungsrelevanten und –kritischen Wirkstoffen sowie für bestimmte Fertigarzneimittel. Die Großhändler und pharmazeutischen Unternehmer werden verpflichtet, dem BfArM Informationen zu verfügbaren Beständen, Absatzmengen und drohenden Lieferengpässen von versorgungsrelevanten Arzneimitteln zu übermitteln. Es wird eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen, damit die Bundesoberbehörden vorsorglich zur Vermeidung sowie im Falle eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses geeignete Maßnahmen anordnen können. Zudem wird eine bedarfsgerechte Versorgung der gesetzlich Versicherten mit rabattierten Arzneimitteln geregelt.
16. Es wird geregelt, dass Krankenkassen auch für Impfstoffe für Schutzimpfungen als Satzungsleistung nach § 20i SGB V einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers erhalten.
17. Die Zusammenstellung der Quartalsmeldung über die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, ist auch an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie auf Anforderung an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.
18. Die Laufzeit der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V wird verlängert.

Die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge wurden wie folgt abgestimmt:

Der Änderungsantrag Nummer 4 auf Ausschussdrucksache 19(14)122.1(neu) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 5 auf Ausschussdrucksache 19(14)122.1(neu) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und DIE LINKE bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 6 auf Ausschussdrucksache 19(14)122.1(neu) wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 1 bis 3 und 7 auf Ausschussdrucksache 19(14)122.1(neu) wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge 1 bis 10 auf Ausschussdrucksache 19(14)122.3 wurden mit den Stimmen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Ferner haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)122.2 zwei Änderungsanträge der Fraktion der FDP mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b (§ 217b Absatz, Absatz 5 und Absatz 6 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 14 ist der Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

Die Anhörung des Gesundheitsausschusses hat klar verdeutlicht, dass der mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) nicht eingeführt werden sollte. Es haben sich im Wesentlichen alle Verbände gegen die Schaffung dieses Gremiums ausgesprochen – und dies aus unterschiedlichen Gründen.

So wurde kritisiert, dass die „Entscheidungsprozesse bürokratischer, langwieriger und konfliktreicher“ (BDA) würden. Gleichzeitig würde die Sozialpartnerschaft von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite „als zweiseitig Beitragserbringende durch die für sie in den Verwaltungsrat gewählten Mitglieder“ (DGB) aufgeweicht.

Die vorgesehene Neuregelung würde vor allem „dazu führen, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich [würde] sogar ein Veto-Recht des Lenkungs- und Kontrollausschusses gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert“ (GKV-SV).

Schließlich sei die geplante Einführung ein Widerspruch zur „Koalitionsvereinbarung, in der sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt [haben], die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken“ (BKK-DV).

Zudem widerspricht die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung. Wie bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme anmerkt, wäre die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes künftig erheblich eingeschränkt, da Beschlüsse nicht ohne Zustimmung des hauptamtlich gebildeten Lenkungs- und Koordinierungsausschusses gefasst werden könnten. Durch dieses Verfahren würde die Sozialpartnerschaft als Grundlage der GKV entwertet werden.

Des Weiteren ist anzumerken, dass eine Verteilung des Stimmgewichts nach der bundesweiten Versichertenzahl dazu führen würde, dass bestimmte Krankenkassenarten immer eine Sperrminorität hätten. Dies würde im Ergebnis dazu führen, dass künftige Beschlussfassungen innerhalb des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses erheblich erschwert werden.

Es ist insofern nicht erkennbar, dass die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses Vorteile für die Versorgung der Versicherten bietet.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 5 Nummer 23 Buchstabe d (§ 270 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 23 Buchstabe d, § 270 Absatz 4 (neu), wird nach Satz 4 folgender Satz 5 angefügt:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt dem Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA ein Gutachten in Auftrag, mit dem die Einführung eines Korrekturfaktors auf Basis der Inzidenzrate untersucht wird.“

Begründung:

Mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen, sollen Präventionsleistungen einer Krankenkasse künftig besser berücksichtigt werden. Das gelingt in der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Form jedoch nur kurzfristig, denn für längerfristige Präventionserfolge werden keine Anreize gesetzt.

Wenn eine Kasse einen Versicherten nach dem Auftreten einer Erkrankung durch bessere Präventionsleistungen versorgt und so den Gesundheitszustand stabilisiert, profitiert sie, da die Behandlungskosten geringer ausfallen. Das erfolgt deshalb, weil es durch den RSA keinen direkten Ausgleich im Jahr des Krankheitsereignisses gibt. Stattdessen erhält die Kasse eine Zuweisung im Folgejahr, die sich auf die durchschnittlich zu erwartenden Kosten der Nachsorgebehandlung bezieht.

In den darauffolgenden Jahren setzt sich dieser Mechanismus der Folgekosten aber fort. Dies führt dazu, dass sich der vergleichsweise bessere Gesundheitszustand im Risikostrukturausgleich dadurch bemerkbar macht, dass die Zuweisungen geringer ausfallen, als wenn es zur Verschlechterung aufgrund fehlender Sekundär- bzw. Tertiärprävention gekommen wäre. Die Krankenkasse kann dann nicht mehr vom Kostenvorteil des besseren Gesundheitszustandes profitieren. Zuweisungen für diejenigen Krankenkassen, die im Gegensatz zu anderen Krankenkassen im Sinne der Patienten auf eine Gesundheitsprävention setzen, könnten somit geringer ausfallen, weil ihre Patienten gesünder sind.

Dies konterkariert das Ziel des Kassenwettbewerbs, wonach sich die Kassen auch mit zusätzlichen Aufwendungen um die beste Versorgung bemühen sollen. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Präventionsleistung könnte daher im Ergebnis dazu führen, dass Krankenkassen ihre Präventionsbemühungen reduzieren und die dadurch eingesparten Mittel anderweitig einsetzen.

Deshalb sollten die morbiditätsorientierten Faktoren, wie von der Monopolkommission vorgeschlagen, in einem Ausgleichsmechanismus um die Häufigkeit von Neuerkrankungen bzw. Morbiditätsverschlechterungen (Inzidenzrate) einer Kasse korrigiert werden. Die Einführung eines auf die Inzidenzrate bezogenen Ausgleichsfaktors würde dazu führen, dass eine Kasse höhere (bzw. niedrigere) Zuweisungen aus dem Fonds erhält, wenn sich der Gesundheitszustand der eigenen Versicherten überdurchschnittlich positiv (bzw. negativ) entwickelt. Diese Anpassung würde solche Krankenkassen belohnen, die sich nachhaltig dafür einsetzen, das Auftreten neuer Erkrankungen durch bessere Versorgungsleistungen zu reduzieren.

Entsprechend erfolgt dabei zunächst die Beauftragung eines Gutachtens beim Wissenschaftlichen Beirat.

Diese zwei Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)122.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit haben zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/15662 zwei Petitionen und zum Antrag auf Drucksache 19/9233 eine Petition vorgelegen, zu der der Petitionsausschuss Stellungnahmen gemäß § 109 Absatz GO-BT angefordert hatte. Die Petitionen wurden in die Beratungen des Ausschusses einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** wies einleitend daraufhin, dass das Verhältnis der Krankenkassen untereinander in eine Schieflage geraten sei und man mit dem Gesetzentwurf entstandene Wettbewerbsverzerrungen beseitigen wolle. Die Mittel müssten dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Durch die neuen Regelungen werde der Morbi-RSA zielgenauer ausgestaltet und der Schutz vor Manipulationsversuchen verbessert. Zudem habe man eine Regionalkomponente eingeführt, die gesondert evaluiert werde und die Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Aufsichten auf Bundes- und Länderebene verbessern können – an diesem Punkt war gegenüber den Bundesländern nicht mehr erreichbar. Sie seien jedoch davon überzeugt, dass man mit den vorgesehenen verbesserten Rahmenbedingungen für die Abstimmung der Aufsicht und die Verhaltensregeln für den Wettbewerb, ins-

besondere mit Unterlassungsansprüchen bei Werbemaßnahmen und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen, den Wettbewerb gerechter ausgestalten könne. Hinsichtlich der Thematik rund um die Lieferengpässe, lasse sich feststellen, dass es unterschiedliche Gründe für das Auftreten der Engpässe gebe. Im Rahmen dessen sei es wichtig, gesetzliche Maßnahmen zur Vorbeugung, Abmilderung und Behebung von Lieferengpässen zu implementieren. Die Anträge der Oppositionsparteien werde man aus unterschiedlichen Gründen ablehnen. Zum Antrag der Grünen sei festzustellen, dass die Thematik derzeit vom BMG geprüft werde, allerdings noch nicht entscheidungsreif sei. Der Forderung der FDP nach der Erstellung eines Gutachtens könne man nicht folgen, da die regelhafte Evaluierung des Morbi-RSA alle vier Jahre ein solches Gutachten entbehrlich mache.

Die **Fraktion der SPD** hielt fest, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) ein sehr wichtiges Instrument für die gesetzliche Krankenversicherung sei. Dies gelte nicht nur für die Stabilität der Beitragssätze, sondern auch für die Versorgung der Versicherten. Zudem gewähre er einen diskriminierungsfreien Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung. Deswegen sei die Weiterentwicklung enorm wichtig. Die Reform habe aber nicht zum Ziel, einen Ausgleich von Finanzergebnissen bei verschiedenen Kassen herbeizuführen. Das Ziel der Weiterentwicklung müsse immer sein, dass der Ausgleich von unterschiedlichen Risiken bei den Versicherten besser gelinge, man gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen schaffe und der RSA manipulationsresistenter werde. Dies sei mit diesem Gesetz gut gelungen, so zum Beispiel mit den erweiterten Prüfkompetenzen vom Bundesamt für Soziale Sicherung und den verbindlicheren Absprachen, die zwischen Länder- und Bundesaufsicht zu treffen seien. Dies sei ein erster Schritt, um Aufsichtshandeln anzugleichen und zu vereinheitlichen. Auch die Vertragstransparenzstelle der Versorgungsverträge werde zu mehr Transparenz führen. Da die Auswirkungen der Manipulationsbremse so noch nicht einzuschätzen seien, sei nach zwei Jahren eine Evaluierung geplant. Wichtig sei auch, dass die pauschalen und undifferenzierten Vergütungsverbote für Diagnosen aus dem Gesetz herausgenommen würden, da eine bloße Vergabedokumentation und Übermittlung von Diagnosen und Diagnoselisten nicht vergütet werden dürfe. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss beim GKV-Spitzenverband sei nun ein Beratungsgremium. Die bisher vorgesehene Zustimmungserfordernis bei Beschlüssen des Vorstands sei gestrichen worden. Die Größe und die Kompetenz des Verwaltungsrates blieben ebenfalls erhalten. Damit werden die Beteiligungsmöglichkeiten für die hauptamtlichen Vorstände erweitert, ohne die Selbstverwaltung in ihren Kompetenzen einzuschränken oder Blockaden im GKV-Spitzenverband zu erzeugen. Die Änderungsanträge zu den Lieferengpässen bei Arzneimitteln werden die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Für die SPD sei besonders wichtig, dass in der Apotheke nicht lieferbare Arzneimittel in Zukunft unmittelbar ausgetauscht werden können und zwar ohne dass Patientinnen und Patienten Aufzahlungen zu tragen haben.

Die **Fraktion der AfD** betonte, das Gesetz habe den Namen nicht verdient. Es seien einige Stellschrauben bewegt worden in dem Versuch, Fehler der Vergangenheit zu beheben. Der Versuch, die Regeln für den Wettbewerb zwischen den Kassen zu verbessern, sei zu loben. Dabei dürfe der Leistungswettbewerb aber nicht zu kurz kommen. Die Kassen sollten in der Lage sein, verschiedene Vertragsmodelle anbieten zu können. Als ungenügend müsse der Versuch bezeichnet werden, mittels Änderungsanträgen Fehler zu korrigieren, so zum Beispiel zu Arzneimittellieferengpässen. Es sei nicht zielführend, die Standards zu senken, indem man beispielsweise Begleitzettel rausnehme, um Lieferengpässe zu beseitigen. Auch bei den Personalvorgaben im Krankenhaus seien nicht die fehlenden Meldungen das Problem, sondern die Unausgegorenheit der Regel an sich. So könne man Lieferprobleme und Personalschwierigkeiten im Krankenhaus nicht reduzieren. Zu den Privatversicherungen habe nicht zuletzt das Bundeskartellamt festgestellt, dass Ältere benachteiligt würden, da sie die Altersrückstellungen nicht zu einem anderen Anbieter mitnehmen könnten. Im Übrigen habe die Fraktion eine Reihe von Anträgen eingebracht, die von den anderen Fraktionen im Gesundheitsausschuss offensichtlich aus ideologischen Gründen abgelehnt würden. Es sei eine sachliche Auseinandersetzung gefordert.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, es sei wichtig, dass die Krankenkassen miteinander in einem fairen und transparenten Wettbewerb um die beste Versorgung für ihre Versicherten stünden. Daher habe man seit langem gefordert, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zielgenauer ausgestaltet und auf eine manipulationssichere Basis gestellt werde. Man habe beobachten können, dass die bisherigen Regelungen bei einigen Krankenkassen zu einer Überdeckung oder Unterdeckung geführt hätten. Daher begrüßten sie die angestrebte Reform. Sie hätten sich allerdings gewünscht, dass sich stärkere Präventionsleistungen zukünftig mehr lohnen würden. Zudem führe der Koordinierungs- und Lenkungs-ausschuss zu keiner Verbesserung in der Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern lediglich zu mehr Bürokratie. Obwohl man sich in einigen Punkten weitergehende Regelungen gewünscht hätte, bewerte man den Gesetzentwurf insgesamt als positiv, weswegen man ihm zustimmen werde. Die drei Anträge der AfD werde man dagegen ablehnen. Dem Antrag der Grünen zu mehr Qualitätstransparenz

werde man zustimmen, da man ein Mehr an Transparenz befürworte und auch den Vorschlag eines Versichertenportals begrüße.

Die **Fraktion DIE LINKE**. stellte fest, dass sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung des Krankheitsvollmodells unterstütze, die Streichung der Erwerbsminderungsrente als eines der wenigen manipulationsresistenten Merkmale allerdings kritisiere. Das Gesetz trage zu einer weiteren Verschärfung des bereits bestehenden Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen bei. Als besonders kritisch bewerte man die in diesem Zusammenhang vorgesehene Klagemöglichkeit der Krankenkassen untereinander. Auch die Absenkung der Mindestrücklagen auf 20 Prozent halte man für schädlich, da dies die künftig zu erwartenden Beitragssteigerungen nur verstärke. Daneben sei auch die Einführung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband problematisch und stelle einen weiteren Baustein in Richtung einer Angleichung der gesetzlichen Krankenversicherung an die Strukturen der privaten Krankenversicherung dar. Zu bedauern sei zudem, dass das wichtige Thema der Lieferengpässe nicht in einem eigenständigen Gesetz geregelt werde. Die Anträge der AfD werde man ablehnen. Den Antrag der Grünen lehne man ebenso ab, da er nicht geeignet sei, den Preiswettbewerb unter den Krankenkassen gravierend zu verändern. Den Gesetzentwurf werde man, auch wenn man einige der vorgesehenen Maßnahmen begrüße, insgesamt ablehnen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, man werde dem Gesetzentwurf zustimmen, auch wenn man sich an einigen Stellen mehr hätte vorstellen können. Die Reform sei überfällig, da die Unterschiede zwischen den Kassen, die nicht durch das Handeln der Kassen selbst gesteuert werden könnten, immens seien und die Ausgabe- und Einnahmeentwicklung weit auseinandergehe. Man habe die Hoffnung, dass man zu einer rationaleren Verteilung komme. Gleichzeitig dürfe nicht manipulativ in den RSA eingegriffen und sinnvolle Versorgungsinnovationen ausgebremst werden. Leider sei es versäumt worden, das Thema Aufsicht grundlegend anzugehen. Es reiche zudem nicht aus, in einigen wenigen Gremien der Selbstverwaltung eine Frauenquote einzuführen, sondern diese müsse auf allen Ebenen eingeführt werden. Dies solle für weitere Gesetzgebungsverfahren ein Dauerauftrag sein. Es sei sehr bedauerlich, dass die Koalitionsfraktionen nicht die Kraft gefunden hätten, neben der Reform des finanziellen Ausgleichs auch patientenorientiert qualitativ den Wettbewerb zu befördern. Es sei zudem versäumt worden, Leistungen der Kassen insbesondere zum Antragswesen transparent zu machen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/15622 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Zu den Nummern 1 und 2

In Einzelfällen kann es zur Vorbeugung, zur Abmilderung oder zur Behebung von versorgungsrelevanten Lieferengpässen erforderlich sein, beim Inverkehrbringen von Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, vom Erfordernis einer Kennzeichnung und einer Packungsbeilage in deutscher Sprache abzusehen, um eine Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu ermöglichen, die lediglich mit einer Kennzeichnung und einer Packungsbeilage in einer oder mehreren anderen Sprachen zur Verfügung stehen. Hierfür ist eine Ausnahme vom gesetzlichen Erfordernis deutschsprachiger Texte für Kennzeichnung und Packungsbeilage erforderlich.

Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit wird diese Ausnahmemöglichkeit auf solche Arzneimittel beschränkt, die von Ärzten oder Zahnärzten unmittelbar bei Patienten angewendet werden.

Durch diese Vorschrift wird von der Möglichkeit einer entsprechenden Regelung in Artikel 63 Absatz 3 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung (EU) 2019/1243 vom 20.6.2019 (ABl. L 198, S. 241) geändert worden ist, im nationalen Recht Gebrauch gemacht. Davon unberührt bleibt nach § 11a die Verpflichtung des pharmazeutischen Unternehmers, auf Anforderung eine Gebrauchsinformation für Fachkreise (Fachinformation) in deutscher Sprache zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 3

Mehrkosten durch die Regelungen in den Absätzen 3b bis 3f sollen finanziell und stellenmäßig im Rahmen der bestehenden Ansätze im Einzelplan 15 aufgefangen werden.

Zu Absatz 3b

Im Rahmen des Pharmadialogs 2016 wurde ein sog. „Jour Fixe“ zu Lieferengpässen mit der Aufgabe eingerichtet, die Versorgungslage zu beobachten und zu bewerten. In diesem „Jour Fixe“ erörtern Vertreter der Verbände der pharmazeutischen Unternehmer, des Großhandels, der Ärzte- und Apothekerschaft sowie Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) sowie der für die Überwachung des Arzneimittelverkehrs zuständigen Landesbehörden Maßnahmen, um versorgungsrelevante Lieferengpässe zu vermeiden oder deren Auswirkungen abzumildern.

Dieses Gremium wird nunmehr als Beirat im Arzneimittelgesetz geregelt und erhält den gesetzlichen Auftrag, eine Beobachtung und Bewertung der Versorgungslage vorzunehmen. Hierzu gehört insbesondere die Bewertung der Versorgungsrelevanz eines Lieferengpasses unter Berücksichtigung möglicher bestehender Therapiealternativen. Für versorgungsrelevante Fragen sind auch der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Beirat vertreten.

Zu Absatz 3c

Die Liste der versorgungsrelevanten und versorgungskritischen Wirkstoffe wird vom BfArM nach Anhörung des Beirats erstellt und auf der Internetseite des BfArM bekannt gemacht.

Die Liste der versorgungsrelevanten Wirkstoffe wird in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften auf der Grundlage der Liste essenzieller Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation erstellt und umfasst die verschreibungspflichtigen Wirkstoffe, die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sind, insbesondere aus Mangel an Therapiealternativen.

Die Liste der versorgungskritischen Wirkstoffe umfasst die versorgungsrelevanten Wirkstoffe, die durch die geringe Zahl von Herstellern oder eine geringe Zahl von Zulassungsinhabern der Arzneimittel besonders gefährdet sind, von einem Lieferengpass betroffen zu sein. Sie umfasst außerdem Wirkstoffe, für die in der Vergangenheit bereits ein versorgungsrelevanter Lieferengpass aufgetreten ist. Die Listen werden regelmäßig auf Aktualität geprüft und nach Anhörung des Beirats durch das BfArM angepasst.

Zudem macht das BfArM die ihm gemeldeten Lieferengpässe auf seiner Internetseite bekannt.

Sofern Wirkstoffe oder Arzneimittel im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts betroffen sind, erfolgt die Bekanntmachung der Liste im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut.

Zu Absatz 3d

Für die jeweils zuständige Bundesoberbehörde wird eine Befugnisnorm geschaffen, um geeignete Maßnahmen ergreifen zu können. Hierbei berücksichtigt die zuständige Bundesoberbehörde die Bewertungen des Beirats. Abhängig vom Einzelfall und von der Bedeutung des Engpasses für die Versorgung kommen hier unterschiedliche Maßnahmen in Betracht. So kann die zuständige Bundesoberbehörde zum Beispiel im Einzelfall zur Vermeidung versorgungsrelevanter Lieferengpässe Anordnungen zur Kontingentierung treffen. Für Arzneimittel mit versorgungskritischen Wirkstoffen können Maßnahmen zur Lagerhaltung bereits im Vorfeld eines drohenden Lieferengpasses angeordnet werden, um diesen zu verhüten oder seine Auswirkungen abzumildern. Die neue Regelung ergänzt die bisherigen Vorgaben in § 52b und hilft deren Einhaltung sicherzustellen.

Zu Absatz 3e

Pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen werden verpflichtet, auf Anforderung des BfArM, bei Betroffenheit von Wirkstoffen oder Arzneimitteln im Zuständigkeitsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts mit dessen Einvernehmen, Daten zu den verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge sowie zu drohenden Lieferengpässen des Arzneimittels an die zuständige Bundesoberbehörde zu übermitteln. Die Anforderung erfolgt zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses, insbesondere auf der Grundlage der Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer

Wirkstoffe. Das BfArM kann auch zu Arzneimitteln mit Wirkstoffen, die nicht auf der Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe stehen, Daten anfordern, wenn dies zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses erforderlich ist. Damit wird der Behörde ein umfassender Überblick über die Restbestände und die Liefersituation von Arzneimitteln ermöglicht. Dieser Überblick ist erforderlich, um die Versorgungslage einzuschätzen und geeignete Maßnahmen zur Abwendung drohender oder zur Abmilderung bestehender versorgungsrelevanter Lieferengpässe zu treffen.

Zu Absatz 3f

Neben einer Datenübermittlung der pharmazeutischen Unternehmer auf Anforderung kann es zur Beurteilung der Versorgungslage erforderlich sein, für bestimmte Fertigarzneimittel dem BfArM regelmäßig Daten zu den verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge zu übermitteln. Darüber hinaus kann es angezeigt sein, in bestimmten Fällen auch die regelmäßige Datenübermittlung zu den verfügbaren Beständen und zur Absatzmenge von Arzneimittelgroßhandlungen anzufordern. Die Daten der Arzneimittelgroßhandlungen zu Beständen und Absatzmengen können dabei die durch die pharmazeutischen Unternehmer bereitgestellten Informationen ergänzen. Das BfArM veröffentlicht nach Anhörung des Beirats eine Liste der Fertigarzneimittel, für die sich eine solche Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer beziehungsweise der Arzneimittelgroßhandlungen ergibt. Das BfArM bestimmt, bei Betroffenheit von Wirkstoffen oder Arzneimitteln aus dem Zuständigkeitsbereich des PEI in dessen Einvernehmen, das Nähere zum Inhalt, zum Format und zur Häufigkeit der entsprechenden Meldungen und macht diese Informationen auf seiner Internetseite bekannt.

Zur Bewertung der Versorgungslage können diese Daten dem Beirat in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt werden.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Die in § 52b Absatz 3e neu geschaffene Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen, auf Anforderung des BfArM Daten zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge sowie zu drohenden Lieferengpässen des Arzneimittels mitzuteilen, wird bußgeldbewehrt.

Zu Buchstabe b

Das BfArM ist die zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten für die Verfolgung der Verstöße gegen die in § 52b Absatz 3e neu geschaffene Verpflichtung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2

Durch die Änderung wird die Umbenennung des Bundesversicherungsamts (BVA) in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2

Durch die Änderung in § 4a wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Nummer 3a

Es wird geregelt, dass zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes (AMG) ausschließlich Gegenstand der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a sind. Durch die regelhaft durchgeführte Nutzenbewertung für zugelassene ATMP wird Transparenz über die vorhandene Evidenz hergestellt und gewährleistet, dass für den jeweiligen Wirkstoff ein Erstattungsbetrag nach § 130b verhandelt wird.

Die Begrenzung des Anwendungsbereichs auf „zugelassene“ ATMP stellt klar, dass nur solche ATMP Gegenstand der Nutzenbewertung nach § 35a werden, die das zentralisierte europäische Zulassungsverfahren nach der

Verordnung (EG) Nr. 1394/2007 durchlaufen haben. Dies ist sachgerecht, da im Rahmen des Zulassungsverfahrens für ATMP der Wirkstoff einschließlich des für die Anwendung erforderlichen ärztlichen Behandlungsanteils, wie bei jedem anderen Fertigarzneimittel, auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft werden und nach erfolgreicher Prüfung arzneimittelrechtlich zum Verkehr zugelassen werden. Ausdrücklich nicht erfasst von der Regelung sind damit ATMP, die nach § 4b Absatz 3 AMG auf nationaler Ebene genehmigt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss damit nicht mehr beurteilen, ob ein zugelassenes ATMP im Einzelfall nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2004 – B 1 KR 27/02 R) der Methodenbewertung nach den §§ 135, 137c und 137h oder der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a unterliegt.

Ausgenommen von dieser Regelung werden biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte. Bei allen Arzneimitteln, die in diese Kategorie von ATMP fallen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Vergangenheit festgestellt, dass ihre Anwendung im sozialrechtlichen Sinne – aufgrund ihres hohen ärztlichen Behandlungsanteils – als Methode einzustufen ist. Für die autologe Chondrozytenimplantation (mit biotechnologisch bearbeiteten Knorpelzellen) führt der Gemeinsame Bundesausschuss bereits ein Methodenbewertungsverfahren durch. Es ist daher anzunehmen, dass bei der Anwendung dieser Produkte der ärztliche Behandlungsanteil in der Regel überwiegt. Für biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte wird deshalb auf einen Eingriff in die geltende Rechtslage verzichtet. Es bleibt daher im Falle der biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukte dabei, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Einzelfall entscheidet, ob es sich bei dem entsprechenden ATMP im sozialrechtlichen Sinne um eine Methode oder um ein Arzneimittel handelt.

Bei allen anderen ATMP kommt es künftig nicht mehr darauf an, ob und inwieweit die ärztliche Behandlung über die schlichte Verabreichung des Arzneimittels hinausgeht. Zugelassene ATMP einschließlich des ärztlichen Behandlungsanteils werden damit sozialrechtlich wie Arzneimittel – d. h. nicht wie Methoden – behandelt und stehen damit unmittelbar mit Zulassung nicht nur für die Versorgung im Krankenhaus, sondern auch für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungsanteile bei der Anwendung der ATMP wird gemäß § 87 Absatz 5b Satz 5 durch eine gegebenenfalls erforderliche zeitgleiche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes geregelt.

Zu Nummer 3b

Aufgrund von Resistenzen gegen vorhandene Antibiotika fehlen vermehrt wirksame Arzneimittel zur Behandlung von bakteriellen Infektionen. Die Resistenzbildung unterscheidet dieses Therapiegebiet wesentlich von anderen Therapiegebieten und erfordert einen sachgerechten Einsatz von Antibiotika und die kontinuierliche Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika. Nur so kann sichergestellt werden, dass bakterielle Infektionen langfristig effektiv behandelbar sind. Der Bedarf an Reserveantibiotika, die gegen die von der Weltgesundheitsorganisation auf der globalen Liste der multiresistenten Problemkeime genannten Krankheitserreger wirken, ist hoch. Neue Therapieoptionen sind jedoch selten. Deshalb wird geregelt, dass Reserveantibiotika im Verfahren zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (§ 35a) gesondert behandelt werden.

Mit der Neuregelung soll ein stärkerer Anreiz für die Entwicklung von Reserveantibiotika geschaffen werden: Der pharmazeutische Unternehmer (pU) kann beim Gemeinsamen Bundesausschuss vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach § 35a Absatz 1 Satz 3 beantragen, dass das Arzneimittel den Status als Reserveantibiotikum zugesprochen bekommt und daher von der Vorlage der Nachweise nach § 35a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 freigestellt wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von neun Monaten nach Verkündung dieses Gesetzes in seiner Verfahrensordnung. Ein Reserveantibiotikum wirkt gegen bakterielle Krankheitserreger, für die die Einsatzmöglichkeiten und die Wirksamkeit von verfügbaren Antibiotika durch Resistenzen eingeschränkt bzw. vermindert sind und wird daher zur Behandlung von Infektionen mit diesen Bakterien eingesetzt.

Das Robert Koch-Institut bestimmt innerhalb von neun Monaten nach Verkündung dieses Gesetzes im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika und veröffentlicht diese auf seiner Internetseite; dabei ist insbesondere eine nicht abschließende Liste von multiresistenten bakteriellen Krankheitserregern nach Satz 1 zu veröffentlichen. Dabei sind die Globale Prioritätenliste der für antibioti-

karesistente Bakterien und die Klassifikation von Antibiotika der Weltgesundheitsorganisation sowie die Resistenzdaten des Robert Koch-Instituts zu berücksichtigen. Dadurch ist sichergestellt, dass die Resistenzsituation bei der Entscheidung in der Versorgung berücksichtigt wird.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag des pUs fest, dass eine Freistellung von der Verpflichtung zur Vorlage eines vollständigen Nutzendossiers gerechtfertigt ist, weil es sich um ein Reserveantibiotikum handelt, gilt der Zusatznutzen für diese Arzneimittel als belegt. Der pU wird in diesen Fällen von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 durch den G-BA freigestellt. Der pU muss weiterhin Informationen zum zugelassenen Anwendungsgebiet, zur Anzahl der Patienten und Patientengruppen, zu den Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung sowie Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung vorlegen. Abweichend von § 5 Absatz 8 der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV) ist das Ausmaß des Zusatznutzens nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 bis 4 AM-NutzenV nicht zu quantifizieren. Durch die Befreiung von der Pflicht, Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 vorzulegen, entsteht dem pU ein geringerer Aufwand.

Auf Basis der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 4 bis 6 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere über Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung. Er hat dabei die Auswirkungen auf die Resistenzsituation zu berücksichtigen. Hierzu ist eine im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellende Stellungnahme des Robert Koch-Instituts einzuholen.

Zu Nummer 3c

Zu Buchstabe a

In Satz 1 wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung bereits mit Wirkung zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens eines Arzneimittels anordnen kann. Es ist sachgerecht, dass alle Patientinnen und Patienten, die ab diesem Zeitpunkt mit einem Arzneimittel behandelt werden, von einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung erfasst werden können. Den entsprechenden Beschluss kann der Gemeinsame Bundesausschuss damit bereits vor der Zulassung des betroffenen Arzneimittels fassen.

Der Wortlaut in Nummer 1 wird den Änderungen durch Verordnung (EU) 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) angepasst, wonach die bedingte Zulassung nunmehr in Artikel 14-a der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1) geregelt ist.

In einem neuen Satz 8 wird geregelt, dass unter Beachtung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der betroffene pharmazeutische Unternehmer vor Erlass einer Maßnahme nach Satz 1 schriftlich beteiligt werden sollen. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei einem Beschluss nach Satz 1 auch weitergehende medizinisch-wissenschaftliche Aspekte sowie Versorgungsaspekte hinreichend berücksichtigt.

Zu Buchstabe b

Es wird angeordnet, dass Klagen gegen eine Maßnahme nach Satz 1 keine aufschiebende Wirkung haben. Auch ein Vorverfahren findet nicht statt. Ziel der Regelung ist, dass die Daten der Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig in die anwendungsbegleitende Datenerhebung einbezogen werden können, idealerweise sollten bereits die ersten Anwendungen nach Inverkehrbringen des Arzneimittels erfasst werden können. Eine aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs könnte hier dazu führen, dass medizinisch wertvolle Daten von Patientinnen und Patienten, die mit dem Arzneimittel behandelt werden, von einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung nicht erfasst werden könnten.

Zu Nummer 3d

Bisher sind die Modellvorhaben nach § 64b in der Regel auf längstens acht Jahre zu befristen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den

zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen (§ 64b Absatz 2). Die gemäß § 65 in Verbindung mit § 64b gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Evaluation, mit der die Krankenkassen gemeinsam bundesweit die bisherigen Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b evaluieren, ist im Jahr 2014 mit einer Laufzeit von elf Jahren ausgeschrieben worden. Der Gemeinsame Bericht zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 28. Juni 2019 gibt derzeit die ersten Zwischenergebnisse wieder (BT-Drs. 19/12850). Der Abschluss der Evaluation ist frühestens im Jahr 2025 zu erwarten. Mit der Änderung wird die Befristung der Modellvorhaben verlängert, um nach Vorliegen des Berichts über die Auswertung der Evaluationsergebnisse nach § 65 über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung sachgerecht entscheiden zu können.

Zu den Nummern 5, 7 und 11

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung und des Ausbaus der Instrumente zur Stärkung der Manipulationsresistenz wird die Neuformulierung und Klarstellung des bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingeführten Verbots der Diagnosevergütung gestrichen.

Zu Nummer 8

Durch die Änderung in § 87a wird ein Verweisfehler korrigiert.

Zu Nummer 9a

Die Vertragspartner des Rahmenvertrags nach Absatz 2 haben eine bedarfsgerechte Versorgung mit rabattierten Arzneimitteln sicherzustellen. Bei Nicht-Verfügbarkeit eines rabattierten Arzneimittels bei Vorlage der ärztlichen Verordnung werden deshalb die Apotheken berechtigt, ein anderes wirkstoffgleiches, auch nicht rabattiertes Arzneimittel unmittelbar abzugeben. Ein Arzneimittel ist nicht verfügbar, wenn es innerhalb einer angemessenen Frist nicht beschafft werden kann. Ein „gesetzlicher Preisanker“ erscheint im Hinblick auf die bestehende Versorgungssituation nach dem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 nicht zielführend. Damit ist im Einzelfall weiterhin die Abgabe eines teureren als des verordneten Arzneimittels zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Ist bei einer Abgabe nach Satz 2 kein Arzneimittel zum Festbetrag verfügbar, werden die Mehrkosten abweichend von § 31 Absatz 2 Satz 1 nicht vom Versicherten, sondern von der Krankenkasse getragen. Weitere Einzelheiten zur unmittelbaren Abgabe mit einem geringen bürokratischen Aufwand nach Satz 2 und Satz 3 sowie zu deren Abrechnung sind von den Vertragspartnern des Rahmenvertrags nach § 129 Absatz 2 festzulegen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat unter Beteiligung der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit 18 Monate nach Inkrafttreten der Regelung insbesondere über die finanziellen Auswirkungen zu berichten. In dem Bericht sollen auch Angaben über das Ausmaß von Aufzahlungen, die von Versicherten getragen werden, dargestellt werden.

Zu Nummer 9b

Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 2, die keine Pflichtleistungen sind und die die Krankenkasse in ihrer Satzung als Leistungen vorsehen können, dienen ebenfalls dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung und dem Ziel der Erhöhung von Impfquoten. Daher sollten die Impfstoffe für Satzungsleistungen nicht mit einem höheren Aufwand in der Abrechnung oder höheren Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden sein als Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1, die als Pflichtleistung zu erbringen sind. Die Krankenkassen erhalten neben Impfstoffen für Schutzimpfungen auch auf Impfstoffe für Satzungsleistungen, die als Satzungsleistungen vorgesehen sind, Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers. Gleiches gilt für Schutzimpfungen, deren Kosten nach Absatz 3 von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind. Durch die Änderung sollen für darüberhinausgehende Impfstoffe für Schutzimpfungen keine Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers begründet werden.

Zu Nummer 9c

Nach § 130b Absatz 1 Satz 1 ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 Grundlage für die Vereinbarung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel, die mit dem Nutzenbewertungsbeschluss keiner Festbetragsgruppe zugeordnet worden sind. Gemäß § 35a Absatz 1 Satz 1 bewertet der G-BA den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen. In § 2 Absatz 1 Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung wird insoweit konkretisiert, was unter einem neuen Wirkstoff

zu verstehen ist. Danach sind solche Wirkstoffe neu, deren Wirkung bei der erstmaligen Zulassung in der medizinischen Wissenschaft nicht allgemein bekannt sind. Diese gelten solange als Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff, wie für das erstmalig zugelassene Arzneimittel mit dem Wirkstoff Unterlagenschutz besteht.

In Satz 1 wird klargestellt, dass der vor Wegfall des Unterlagenschutzes zuletzt geltende Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 für das erstmalig mit dem Wirkstoff zugelassene Arzneimittel auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort gilt. Der Erstattungsbetrag bildet dann nach § 78 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes den Höchstpreis, so dass im Wettbewerb stehende pharmazeutische Unternehmer das Arzneimittel auch zu einem Betrag unterhalb des Erstattungsbetrages abgeben können. Die Klarstellung ist erforderlich geworden, da bisher nicht eindeutig geregelt war, welche Auswirkungen der Ablauf des Unterlagenschutzes auf den Erstattungsbetrag hat und alle vor 2012 zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in absehbarer Zeit ihren Unterlagenschutz verlieren werden.

In Satz 2 wird geregelt, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 oder der Schiedsspruch nach Absatz 4 über einen Erstattungsbetrag ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend fortgelten, soweit und solange für den Wirkstoff noch Patentschutz nach den §§ 16, 16a des Patentgesetzes besteht. In dieser besonderen Konstellation ist es sachgerecht, dass auch vereinbarte und festgesetzte Vertragsinhalte nach Absatz 1a und die Vereinbarung einer Praxisbesonderheit nach Absatz 2 grundsätzlich weiterhin zur Anwendung kommen, da es während der Patentlaufzeit des Wirkstoffes des erstmals zugelassenen Arzneimittels für Wettbewerber nicht möglich ist, ein Generikum auf den Markt zu bringen. Falls im Einzelfall erforderlich, können der pharmazeutische Unternehmer und der GKV-Spitzenverband die Vereinbarungen in diesem klar abgegrenzten Zeitraum auch an sich verändernde Rahmenbedingungen wie z. B. ein verändertes Preisgefüge anpassen.

Nach Satz 3 gelten Satz 1 und Satz 2 nicht, wenn für den Wirkstoff des erstmals zugelassenen Arzneimittels ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt wird.

Das konkrete Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels ist nicht für alle Verfahrensbeteiligten transparent, so dass es sachgerecht ist, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Satz 4 von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut, Auskunft über dieses Datum verlangen kann. Da die Patentlaufzeit ohne unverhältnismäßigen Aufwand allein dem pharmazeutischen Unternehmer bekannt ist, wird dieser nach Satz 5 verpflichtet diese an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage zu übermitteln. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die Vertragsparteien sowohl das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes als auch die Patentlaufzeit bereits hinreichend in den Verhandlungen nach § 130b SGB V berücksichtigen können.

Die Regelungen schaffen für alle Beteiligten Rechtsklarheit. Dadurch wird auch eine regulierte Preisbildung nach Wegfall des Unterlagenschutzes gewährleistet.

Zu Nummer 10a

Die Krankenhäuser kommen ihren Meldepflichten nach § 137i Absatz 4 Satz 6 und 7 zu Schichten, in denen sie die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten haben, gegenüber den Sozialleistungsträgern beziehungsweise den Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger, die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sind, nur unzureichend nach. Die Zusammenstellung dieser Angaben, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene und den zuständigen Landesbehörden zu übermitteln hat, ist daher fortan auch an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen zu übermitteln. Hierdurch soll den Sozialleistungsträgern beziehungsweise den Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger, die als Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG mit den Krankenhäusern auf Ortsebene Sanktionen für die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren haben, für die Fälle ein Zugriff auf die Meldungen ermöglicht werden, in denen die Krankenhäuser ihrer Meldepflicht gemäß § 137i Absatz 4 Satz 6 und 7 nur gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, nicht aber auch gegenüber ihren Vertragspartnern nach § 11 KHEntgG nachkommen. Zudem soll das Bundesministerium für Gesundheit in die Lage versetzt werden, die Zusammenstellung der Quartalsmeldungen beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus anzufordern.

Zu Nummer 12

Durch die Änderungen in den §§ 167 und 170 wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu den Nummern 13a, 13b und 13c

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Artikel 5 Nummer 12 und 13.

Die Regelung des § 174 Absatz 1 wird auf betriebsbezogene Betriebskrankenkassen beschränkt, da es keine Innungskrankenkassen ohne Öffnung für alle Versicherten mehr gibt. Das Recht, eine Innungskrankenkasse zu wählen, ergibt sich für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder dies vor dem Rentenbezug waren, aus § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 neue Fassung und Absatz 5. Wählbar ist jede geöffnete Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts. Eine besondere Regelung für diese Personengruppe § 174 Absatz 1 ist somit entbehrlich. Das Gleiche gilt auch für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte nach § 174 Absatz 3, die bei einem Verband der Betriebs- und Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug waren. Ihnen steht ebenfalls ein Wahlrecht nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 neue Fassung zu, so dass eine besondere Regelung im neuen Absatz 2 entbehrlich ist.

In Artikel 5 Nummer 13b und 13c werden infolge der Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels durch Artikel 5 Nummer 12 Verweise redaktionell berichtigt.

Zu Nummer 14

Der Zustimmungsvorbehalt bei versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes durch den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) entfällt. Die Entscheidungen des Vorstandes haben jedoch im Benehmen mit dem LKA zu erfolgen. Der Vorstand hat die Empfehlungen des LKA grundsätzlich zu beachten und kann hiervon nur in begründeten Fällen abweichen. Durch die Verpflichtung des Vorstandes, in solchen Fällen die Gründe für die abweichende Entscheidung gegenüber dem LKA schriftlich darzulegen, wird eine möglichst große Transparenz in Bezug auf den Entscheidungsprozess hergestellt. Durch diese neue Entscheidungsstruktur behält der LKA auch weiterhin einen wesentlichen Einfluss auf versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes und kann seine fachliche Expertise in den konkreten Entscheidungsprozess einbringen. Durch die Streichung des Zustimmungsvorbehaltes bleibt dem Vorstand aber die notwendige Flexibilität z. B. in Vertragsverhandlungen, so dass Entscheidungsprozesse nicht unnötig erschwert werden. Entscheidungs- und Handlungsblockaden werden so verhindert und Verantwortungen der einzelnen Gremien klar abgegrenzt.

Außerdem werden mit dem neuen Satz 3 die Kompetenzen des LKA in Bezug auf die Zuständigkeiten des Verwaltungsrates konkretisiert. Nach § 217b Absatz 6 Satz 1 hat der LKA das Recht, vor Beschlüssen des Verwaltungsrates eine Stellungnahme abzugeben und so seine Expertise in die Arbeit des Verwaltungsrates einzubringen. Der Verwaltungsrat ist nicht verpflichtet, die Stellungnahmen bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen, so dass die Kompetenzen des Verwaltungsrates durch die Einführung des LKA nicht eingeschränkt werden. Mit der Konkretisierung der Kompetenzen des LKA in § 217b Absatz 5 Satz 3 soll sichergestellt werden, dass der Vorstand bei Entscheidungen, die Beschlüsse des Verwaltungsrates umsetzen, nicht die Empfehlungen des LKA zu beachten hat und so auch in diesen Fällen ein Eingriff in die Kompetenzen des Verwaltungsrates durch den LKA nicht möglich ist.

Zu Nummer 15

Um auch zukünftig eine bestmögliche Abbildung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu erreichen und damit auch eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen zu gewährleisten, wird auf die Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates in § 217c Absatz 1 verzichtet.

Zu Nummer 18

Die Änderung des § 260 Absatz 5 wird gestrichen, weil die Regelung – rechtstechnisch angepasst, aber inhaltlich identisch – bereits durch das MDK-Reformgesetz mit Inkrafttreten am 1. Januar 2020 umgesetzt worden ist. Mit der Änderung des § 260 Absatz 5 im Entwurf des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz war vorgesehen, dass Krankenkassen mit Finanzreserven, die eine durchschnittliche Monatsausgabe übersteigen, ab dem Haushaltsjahr 2020 mit dem stufenweisen Reservenabbau zu beginnen haben.

Zu Nummer 18a

Nach § 261 Absatz 1 hat jede Krankenkasse zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden, deren Höhe prozentual in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan in der Satzung festzulegen ist (sog. Rücklagesoll). Auf die Rücklage wird zurückgegriffen, wenn die Betriebsmittel zum Ausgleich von Ausgabeschwankungen nicht ausreichen. Die Rücklage muss bislang nach § 261 Absatz 2 Satz 2 mindestens ein Viertel einer Monatsausgabe betragen.

Durch die Änderung des § 261 Absatz 2 Satz 2 wird die gesetzliche Mindestrücklage von einem Viertel auf ein Fünftel einer Monatsausgabe der Krankenkasse abgesenkt. Diese Absenkung ist angebracht, weil die aktuell noch geltende gesetzliche Mindestrücklage aus einer Zeit resultiert, in der die Krankenkassen neben dem Ausgabenrisiko auch noch das Einnahmerisiko zu tragen hatten. Seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist jedoch das Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Unerwartete konjunkturell bedingte unterjährige Beitragsmindereinnahmen gehen seit dem Jahr 2009 vollständig zu Lasten des Gesundheitsfonds und werden durch die Liquiditätsreserve aufgefangen. Die Krankenkassen erhalten die vorab zugesicherten Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen. Insofern sind sie auch von den unterjährigen Schwankungen der Einnahmen nicht mehr betroffen.

Die derzeitige Mindestrücklage von einem Viertel einer Monatsausgabe entspricht daher nicht mehr dem tatsächlichen Mindestbedarf der Krankenkassen, um ihre Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Eine Absenkung auf ein Fünftel einer Monatsausgabe gewährt den Krankenkassen größere Handlungsspielräume bei Ihrer Haushaltsplanung.

Nach § 261 Absatz 4 sind die Krankenkassen, die ihr Rücklagesoll nach § 261 Absatz 2 Satz 1 unterschreiten, nach bisheriger Rechtslage verpflichtet, bis zur Erreichung des Rücklagesolls einen Betrag von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan einzustellen, um ihre Rücklage schrittweise wieder aufzufüllen. Dieser Vorgang wiederholt sich gegebenenfalls in den darauffolgenden Haushaltsjahren, bis das Rücklagesoll wieder erreicht ist.

Angesichts der Absenkung der gesetzlichen Mindestrücklage nach § 261 Absatz 2 Satz 2 und der zu erwartenden damit einhergehenden Verringerung des in den Satzungen der Krankenkassen festgelegten Rücklagesolls ist es umso wichtiger, dass bei einer Unterschreitung des Rücklagesolls eine möglichst schnelle Wiederauffüllung stattfindet. Dementsprechend wird der im Haushaltsplan vorzusehende Mindestbetrag zur Wiederauffüllung der Rücklage bis zur Erreichung des Rücklagesolls von einem Viertel auf die Hälfte des Rücklagesolls im Haushaltsjahr erhöht. Damit wird der zeitliche Rahmen zur Wiederauffüllung der Rücklage verkürzt. Dies dient insbesondere bei starker Unterschreitung des Rücklagesolls dazu, den Zustand der rechtswidrigen Unterschreitung des Rücklagesolls kurzfristig zu beheben und die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen zu sichern.

Zu Nummer 20

Zu den Buchstaben g, h und i

Durch die Änderungen wird im Änderungsbefehl Artikel 5 Nummer 20 zusätzlich die Umbenennung des BVA in BAS in § 266 Absatz 6 Satz 1 und 3, Absatz 7 Satz 1, 3 und 6 und Absatz 8 Satz 1 Nummer 8 umgesetzt.

Zu Buchstabe i

Das Bundesministerium für Gesundheit wird durch die Anpassung in Satz 1 Nummer 7 ermächtigt, das Nähere zu der Umsetzung der Vorgaben des neuen Absatzes 12 in der Rechtsverordnung nach Absatz 8 Satz 1 festzulegen.

Zu Buchstabe j

Durch die Anpassung in § 266 Absatz 10 Satz 2 wird bestimmt, dass im Jahr 2023 eine gesonderte Evaluation der Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich (RSA) zu erfolgen hat. Dadurch können bereits die Wirkungen der erstmaligen Umsetzung im Ausgleichsjahr 2021 untersucht werden.

Als Teil der Untersuchung der Wirkungen der Regionalkomponente sollte untersucht werden, inwieweit eine Berücksichtigung der als Regionalmerkmal angedachten Faktoren auf Versichertenebene – d. h. abhängig vom Vorliegen der Faktoren als Eigenschaft der Versicherten – regionale Deckungsbeitragsunterschiede besser erklären würde. Hierfür ist es notwendig, die für die Beurteilung erforderliche Datengrundlage näher zu bestimmen. Der

Beirat hat daher als Teil der ersten Evaluation der Wirkungen der Regionalkomponente im Jahr 2023 mitzuteilen, welche versichertenbezogenen pseudonymisierten Daten für diese Beurteilung zusätzlich erhoben werden müssten. Die Benennung der erforderlichen Daten auf Grundlage einer Empfehlung des Beirats ist ein notwendiger erster Schritt, da eine Vielzahl von bislang nicht im RSA auf Versichertenebene zu berücksichtigenden und teilweise auch bei den Krankenkassen nicht vorliegenden Daten benötigt werden.

Die Wirkungen des Ausschlussverfahrens für auffällige Risikogruppen nach dem neuen § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) werden in einem gesonderten Gutachten durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS ebenfalls im Jahr 2023 untersucht. Dabei sind insbesondere die Wirkungen auf die Manipulationsresistenz und die Zielgenauigkeit des RSA einschließlich der Einhaltung der beiden wesentlichen Zielvorgaben des RSA nach § 266 Absatz 5, die Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion und die Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen, zu untersuchen. Schwerpunkt der Untersuchung der Auswirkungen des Mechanismus nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV ist daher, inwieweit die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene, nach Versichertengruppen auf Grundlage der Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2 und auf Krankenkassenebene im Zusammenspiel mit der neuen Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums im RSA (Vollmodell) verändert wird.

Teil dieser gesonderten Untersuchung durch den wissenschaftlichen Beirat ist nach dem neuen Satz 4 auch die Analyse der Veränderungen der Häufigkeit der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 übermittelten Diagnosen in den Berichtsjahren, für die zum Zeitpunkt der Untersuchung Daten vorliegen. Dies schließt den Zeitraum der Einführung des Vollmodells und der Anwendung des § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV ab dem Jahr 2021 ein und ermöglicht damit einen Vergleich zu den Veränderungsraten der Jahresausgleiche bis 2020, in die die Diagnosedaten der Berichtsjahre bis 2019 einfließen. Grundsätzlich sind aufgrund der Vorgabe, dass die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zu berücksichtigen ist, die Wechselwirkungen zwischen den Veränderungen der Häufigkeit der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 übermittelten Diagnosen und der jeweiligen Relevanz der Diagnosen für die Zuweisungshöhe bei der Untersuchung einzubeziehen.

Im neuen § 266 Absatz 12 wird geregelt, dass die finanziellen Be- und Entlastungen durch die Einführung der Regionalkomponente in den RSA in einer Übergangsphase begrenzt werden. Dabei erfolgt die Begrenzung nach den Sätzen 1 und 2 auf Ebene der Länder, d. h. einheitlich für die Summe der Zuweisungen für die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land. Die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente sind im ersten Jahr auf 75 Prozent zu begrenzen. Somit werden im zweiten Jahr nach Einführung der Regionalkomponente ihre finanziellen Auswirkungen vollständig zum Tragen kommen.

Die Begrenzung wird im RSA-Verfahren im Jahresausgleich über gesonderte Zu- und Abschläge je Versicherten umgesetzt, die vom Land des Wohnsitzes des Versicherten abhängen. Die Höhe dieser Zu- und Abschläge wird ermittelt, indem für jedes Land der Betrag, um den die finanziellen Wirkungen der Regionalkomponente begrenzt werden, auf alle Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land aufgeteilt wird. Hierfür ist für jedes Land die Differenz der Summen der Zuweisungen für alle Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land ohne und mit dem Ausgleichsfaktor regionale Merkmale zu ermitteln. Auf diesen Differenzbetrag ist in einem zweiten Schritt die Begrenzung der finanziellen Auswirkungen auf 75 Prozent, d. h. der Ausgleich von 25 Prozent der bei vollständiger Umsetzung der Regionalkomponente entstehenden Wirkungen, anzuwenden. Durch die gesonderten Zu- und Abschläge wird dann für jedes Land der sich ergebende Betrag der Be- oder Entlastung einheitlich auf die Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land aufgeteilt.

Da die Regelung eine prozentuale Begrenzung der finanziellen Auswirkungen vorsieht, gleichen sich die Zu- und Abschläge vollständig aus.

Zu Nummer 21

Durch die Änderungen wird in den §§ 267 und 268 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Absatz 1 Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung der Nummern 5, 7 und 11.

Zu Absatz 2

Die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in § 267 Absatz 2 vorgesehene Übermittlung der Haus- oder Facharztkenntung zu den Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird gestrichen.

Zu Nummer 22

Durch die Anpassungen von Artikel 5 Nummer 22 wird zusätzlich die Umbenennung des BVA in BAS in § 269 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a Satz 1 und 2, Absatz 3c Satz 3, 4 und 5 und Absatz 3d Satz 1, 2 und 4 bis 6 umgesetzt.

Zu Nummer 23

Durch die Anpassungen von Artikel 5 Nummer 23 wird zusätzlich in § 270 Absatz 3 Satz 1 und 3 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Nummer 26

Zu den Absätzen 1, 2 und 7

Durch die Änderungen wird die Umbenennung des BVA in BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Absatz 3

Zu Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Satz 2 aufgrund der Neufassung von Artikel 11.

Zu den Sätzen 1 und 3

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Absatz 4

Zu Satz 2

Die Formulierung zur gesetzlichen Vermutung in Absatz 4 Satz 2 wird entsprechend der Neuformulierung des Absatzes 5 ohne inhaltliche Änderung angepasst.

Zu Satz 4

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Absatz 5

Zu den Sätzen 1 und 2

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Satz 3

Bei der Einzelfallprüfung, die aufgrund des Verdachts einer rechtswidrigen Datenmeldung einer Krankenkasse erfolgt, werden die Voraussetzungen der gesetzlichen Vermutung, dass eine rechtswidrige Datenmeldung erfolgt ist, konkretisiert. Nach dem bisherigen § 273 Absatz 3 Satz 3 und 4 sind Krankenkassen verpflichtet, an der Prüfung aufklärend mitzuwirken und auf Verlangen des BAS weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen, in der geforderten technischen Aufbereitung zu liefern. Bei Nichtvorlage kann das BAS ein Zwangsgeld verhängen. Entsprechend dem Ziel der Anpassung des § 273, das Prüfverfahren effektiver und effizienter zu gestalten, wird die Möglichkeit eines Zwangsgelds durch die gesetzliche Vermutung abgelöst. Kommt die Krankenkasse einem zumutbaren Verlangen des BAS nicht, nicht vollständig oder nicht in geeigneter Form nach, wird der Rechtsverstoß vermutet und ein entsprechender Korrekturbetrag ermittelt. Durch die Bezugnahme auf die verlangten Angaben sind der Krankenkasse die konkreten Anforderungen an den Ausschluss der gesetzlichen Vermutung bekannt.

Zu Satz 5

In Satz 5 wird der Verweis auf Absatz 4 Satz 4, durch den klargestellt wird, dass das BAS auch im Rahmen der verdachtsbezogenen Einzelfallprüfung vorgelegte Versorgungsverträge auf relevante Rechtsverstöße prüfen kann, berichtigt.

Zu Absatz 6

Die Änderung von Absatz 6 Satz 1 berücksichtigt, dass aufgrund der Vorgabe von Absatz 6 Satz 3 der Korrekturbetrag an der potentiellen Höhe der Zuweisungen für die betroffene Krankenkasse vor dem Ausschluss auffälliger Morbiditätsgruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV auszurichten ist. Der Korrekturbetrag entspricht daher nicht vollständig dem erzielten Vorteil. Zudem erfolgt eine redaktionelle Anpassung in Satz 2 aufgrund der Neufassung von Artikel 11.

Zu Nummer 28

Zweck der Vertragstransparenzstelle ist die Sicherung der Datengrundlagen für den RSA. Um zu erreichen, dass die von der Vertragstransparenzstelle vergebenen Vertragsnummern bereits für Diagnosen des Berichtsjahres 2021 Teil der RSA-Datenmeldungen werden und somit möglichst frühzeitig genutzt werden können, ist die Einrichtung und die Veröffentlichung der Vertragstransparenzstelle in einem gestuften Verfahren erforderlich. Die Realisierung des vollumfänglichen Verzeichnisses erfolgt darauf aufbauend.

Die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses (Stufe 1) dient zunächst der Kennzeichnung von Selektivverträgen mit Vertragsnummern und soll bereits fünf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erfolgen. Stufe 1 des Aufbaus und der Veröffentlichung des Verzeichnisses umfasst zu jedem Vertrag mindestens die Vertragsform, die vertragschließende Krankenkasse und die von der Vertragstransparenzstelle zu vergebende Vertragsnummer. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu Stufe 1 des Verzeichnisses drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes. Die erforderlichen Angaben sind von den Krankenkassen spätestens vier Monate nach Inkrafttreten zu melden. Für den erstmaligen zügigen Aufbau des Verzeichnisses sind deshalb weder eine Datenbanklösung noch umfangreiche Plausibilitätsprüfungen durch die Vertragstransparenzstelle vorgesehen. Beides erfolgt erst für die zweite Ausbaustufe des Verzeichnisses nach Absatz 2 Satz 2.

Das vollumfängliche Verzeichnis (Stufe 2) ist spätestens bis zum 30. September 2021 von der Vertragstransparenzstelle zu veröffentlichen. Es umfasst neben den Angaben der Stufe 1 den Tag des Vertragsbeginns und – soweit erfolgt – den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen oder den Tag des Vertragsendes, den räumlichen Geltungsbereich des Vertrags und – soweit vorhanden – die den Verträgen als Einschlusskriterien zugrundeliegenden Diagnosen. Im Fall des § 140a werden zusätzlich die Art der Leistungserbringer erfasst. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu Stufe 2 des Verzeichnisses elf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes. Die erforderlichen Angaben sind von den Krankenkassen spätestens 14 Monate nach Inkrafttreten zu melden.

Die Bestimmung des Näheren durch die Vertragstransparenzstelle umfasst auch die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummern sowie das Verfahren für deren Vergabe. Zur Erleichterung des Verfahrens sind hierbei bereits bestehende Vertragskennzeichen im Rahmen des bestehenden Datenaustausches zum Zweck der Abrechnung soweit möglich zu berücksichtigen.

Die Aktualisierung der Verzeichnisse der Stufe 1 und 2 erfolgt anstatt monatlich nur noch vierteljährlich. Somit kann der mit der Vertragstransparenzstelle einhergehende Aufwand für sämtliche Beteiligten reduziert werden, ohne dass dabei ein wesentlicher Informationsverlust entsteht. Das Verzeichnis ist in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet auf der Seite des Bundesamtes für Soziale Sicherung zu veröffentlichen.

Zudem wird klargestellt, dass auch fortgeltende Verträge auf alter Rechtsgrundlage (§§ 73a, 73c und 140a SGB V a. F.) und auch zukünftig neu abgeschlossene Verträge von der Regelung zur Vertragstransparenzstelle erfasst werden.

Zudem wird geregelt, dass die dem Bundesamt für Soziale Sicherung aufgrund der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

Zu Nummer 29

Durch die Änderung wird ein Aufzählungsfehler durch das Inkrafttreten des Implantateregister-Errichtungsgesetzes korrigiert und die Formulierung in Nummer 9 neu ohne inhaltliche Änderung angepasst.

Zu Nummer 34

Durch die Änderung wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Nummer 35

Durch die Änderungen in Artikel 5 Nummer 35 wird berücksichtigt, dass als Teil der Neustrukturierung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die derzeitige Regelung zur Verrechnung der Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen in § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 RSAV durch den neuen § 6 RSAV ersetzt wird. In § 323 Absatz 4 Satz 2 wird daher eine redaktionelle Verweisbereinigung ohne inhaltliche Änderung vorgenommen. Zudem die Umbenennung des BVA in BAS in § 323 umgesetzt.

Zu Nummer 36

Infolge des Verzichts auf die Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates in § 217c Absatz 1 ist die in Artikel 5 Nummer 36 des Gesetzentwurfes enthaltene Übergangsregelung zur Änderung der Größe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht mehr erforderlich. Zudem erfolgt eine Anpassung aufgrund der Besetzung der bisherigen Paragraphenbezeichnungen im MDK-Reformgesetz.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)**Zu Nummer 3**

Zu Absatz 1

Es ist nicht auszuschließen, dass durch regionale Merkmale, die die Preisstruktur medizinischer Leistungen am Wohnort eines Versicherten abbilden, auch angebotsseitige Größen abgebildet werden. Angebotsvariablen sollen jedoch nicht für die Regionalkomponente im RSA berücksichtigt werden, da dies zu problematischen Anreizeffekten führen kann. Vor diesem Hintergrund wird die Preisstruktur medizinischer Leistungen aus der beispielhaften Aufzählung der Bereiche gestrichen, aus denen die regionalen Merkmale im RSA insbesondere ausgewählt werden sollen. Dies führt nicht dazu, dass entsprechende Merkmale generell nicht für die Berücksichtigung im Rahmen der Regionalkomponente ausgewählt werden können. Voraussetzung für eine Berücksichtigung ist jedoch, dass eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen ausgeschlossen werden kann. Durch die Änderungen wird zudem die Umbenennung des BVA in BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Absatz 3

Das BAS kann durch die Anpassung sowohl die Altersabstände nach Absatz 2 Satz 1 als auch die Altersgrenzen nach Absatz 2 Satz 3 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abweichend bestimmen. Zudem wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Nummer 4

Durch die Änderung wird in § 4 Absatz 3 Satz 3 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Nummer 5

Zu § 5

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu § 6

Durch die Anpassung wird geregelt, dass bei einer Verrechnung von Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen die Mitteilung des Verrechnungszeitpunkts mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen erfolgt. Dies dient der Liquiditätsplanung der Krankenkassen. Zudem wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Nummer 7

Zu § 7

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung infolge der Streichung in § 267 Absatz 2.

Die Regelung in Satz 6 wird präzisiert. Die Krankenkassen übermitteln zukünftig für den Zweck der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergänzend zu den Angaben nach Absatz 1 Satz 3 anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Absatz 2

§ 7 Absatz 2 Satz 1 wird mit dem Ziel der Präzisierung neu gefasst. Die Vorgabe benennt die im SGB V festgelegten Zwecke der Verarbeitung der Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB V durch das BAS in seiner Eigenschaft als RSA-Durchführungsbehörde. Dies dient der Klarstellung und als Bezugspunkt für die Regelung zur Aufbewahrungsdauer in § 7 Absatz 2 Satz 3. Die Prüfung der Richtigkeit der Daten nach § 20 und die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach § 7 Absatz 6 sind – wie sich bereits aus § 267 Absatz 3 Satz 3 SGB V ergibt – Teil der Durchführung des RSA und werden daher nicht mehr gesondert aufgezählt.

Zu den Absätzen 3 bis 5

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu § 8

Im RSA wird als Regionalkennzeichen der amtliche Gemeindegemeinschaftsschlüssel (AGS) des Wohnorts der Versicherten verwendet. Auf dessen Grundlage werden die Regionen den regionalen Merkmalen zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt durch das BAS im Rahmen der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells nach § 8 Absatz 4 Satz 1 jährlich bis zum 30. September für das darauffolgende Ausgleichsjahr. Aufgrund von Gebietsreformen kann es jedoch im Nachgang zu dieser Festlegung zu Änderungen bei den AGS kommen. Für die von diesen Gebietsreformen betroffenen Versicherten würden die Krankenkassen im Rahmen der RSA-Datenmeldungen folglich AGS melden, die in der Festlegung nicht bereits regionalen Merkmalen zugeordnet wurden. Um zu vermeiden, dass für diese Versicherten keine regionalen Zuweisungen ausgelöst werden, wird das BAS zur unterjährigen Anpassung der Festlegung bei einer Aktualisierung des Gemeindeverzeichnisses der statistischen Ämter des Bundes und der Länder ermächtigt. Entsprechende Anpassungen sind rein technischer Art.

Das BAS legt im Rahmen der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells nach § 8 Absatz 4 Satz 1 auch das Verfahren der Umsetzung der Begrenzung der finanziellen Auswirkungen des Ausgleichsfaktors regionale Merkmale für das Ausgleichsjahr 2021 nach dem neuen § 266 Absatz 12 SGB V fest. Dabei wird bestimmt, dass die Umsetzung im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs nach § 18 – und damit nicht im monatlichen Abschlagsverfahren – erfolgt. Die Durchführung des Jahresausgleichs umfasst nach § 18 Absatz 5 Satz 1 auch die Korrektur.

Zu den §§ 9, 10 und 12

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in den §§ 9, 10 und 12 umgesetzt.

Zu § 13

Durch die Änderung wird ein redaktioneller Fehler in der Überschrift des neuen § 13 bereinigt.

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu § 14

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu § 15

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Absatz 2

Durch die Änderungen in § 15 Absatz 2 wird geregelt, dass nach § 270 Absatz 4 Satz 1 SGB V geförderte Leistungen, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres noch keine Bewertung durch den jeweili-

gen Bewertungsausschuss zur Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen oder Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen festgelegt worden ist, im Rahmen der Zuweisungen für die Vorsorgepauschale der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet werden.

Zu Absatz 5

Zu Satz 2

Die Vorgabe des bisherigen § 15 Absatz 5 Satz 2 wird Teil des neuen Absatzes 9 und daher gestrichen.

Zu Absatz 9

§ 15 Absatz 9 Satz 1 entspricht dem bisherigen Absatz 5 Satz 2. Für den Fall der Rückzahlung außerhalb der Durchführung des korrigierten Jahresausgleichs trifft der neue Satz 2 Vorgaben. So wird bestimmt, dass das BAS einer Krankenkasse bei Aufhebung der Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) die entsprechend angepasste erneute Meldung der Versichertentage mit Einschreibung in ein zugelassenes DMP aufgeben kann. Dies ist erforderlich, wenn die Aufhebung der Zulassung durch die Krankenkasse nicht mehr im Rahmen der Datenmeldungen nach Absatz 6 und der entsprechenden Fristen berücksichtigt werden kann. Im neuen Satz 2 wird zudem ausdrücklich klargestellt, dass die Rückzahlungsverpflichtung nach Satz 1 die Befugnis des BAS, dies durch Bescheid geltend zu machen, beinhaltet.

Zu § 16

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in den §§ 16 bis 19 umgesetzt.

Zu § 19

Durch die Anpassung des § 19 Absatz 7 bezieht sich die Möglichkeit des BAS zur Anpassung der Schwellenwerte nun auch auf das Gutachten nach dem neuen § 266 Absatz 10 Satz 3 SGB V.

Zu § 20

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in § 20 umgesetzt.

Zu Absatz 6

Durch die Änderung wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt und der Verweis in § 20 Absatz 6 auf die Hochrechnung nach Absatz 5 redaktionell berichtigt.

Zu § 21

Die Formulierung des § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird angepasst, um zu verdeutlichen, dass das BAS nach dieser Variante den Umfang der rechtswidrigen Datenmeldung schätzt, wenn die Feststellung des konkreten Umfangs nicht innerhalb von drei Monaten möglich ist.

Satz 1 Nummer 3 wird an die neue Formulierung von Satz 1 Nummer 2 redaktionell angepasst. Zudem wird der Bezug auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Risikostrukturausgleich präzisiert.

Der neue Absatz 2 Satz 2 entspricht mit einer Formulierungsanpassung dem bisherigen § 39a Absatz 4 Satz 2. Bei dem Schätzverfahren nach Satz 1 Nummer 2 wird auf Grundlage eines Vergleichs der letzten rechtmäßigen mit der prüfgegenständlichen Datenmeldung einer Krankenkasse der Umfang der rechtswidrig gemeldeten Daten geschätzt. Die Schätzung kann dabei auf bestimmte Risikogruppen (zum Beispiel bestimmte hierarchisierte Morbiditätsgruppen) beschränkt werden, wodurch sich der zu ermittelnde Korrekturbetrag verringert. Voraussetzung ist, dass die betroffene Krankenkasse dem BAS nach Satz 3 die von der Rechtswidrigkeit betroffenen Risikomerkmale mit entsprechenden Nachweisen – zum Beispiel Vereinbarungen mit Leistungserbringern – darlegt. Ebenso kann die Krankenkasse dem BAS nach Satz 3 für die Feststellung nach Satz 1 Nummer 1 den Umfang der rechtswidrig gemeldeten Daten darlegen und nachweisen.

Im neuen Satz 4 handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der neuen Formulierung des Satzes 1 Nummer 2. Zudem wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Das BAS bestimmt entsprechend dem bisherigen § 39 Absatz 6 das Nähere zum Schätzverfahren nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Formulierung in Absatz 3 Satz 2 wird daher präzisiert. Zudem wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu § 22

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in § 22 umgesetzt.

Zu § 23

Durch die Änderung in § 23 wird die Anpassung des bisherigen § 44 Absatz 2 Satz 2 durch das Digitale-Versorgung-Gesetz nachvollzogen, mit der das Verfahren zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds für die am RSA teilnehmenden Krankenkassen ab dem Jahr 2020 von einem monatlichen Verfahren auf ein jährliches Verfahren umgestellt wurde.

Zu § 25

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers in § 25.

Zu § 26

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu § 8

Um die Abrechnung des Rechnungszuschlags praktikabler auszugestalten, wird der Zeitraum, für den der Rechnungszuschlag abgerechnet werden kann, an dem Inkrafttreten des Gesetzes ausgerichtet. Der Zuschlag kann danach erst für Aufnahmen von Patientinnen und Patienten ab dem 1. Mai 2020 statt bislang ab dem 1. Januar 2020 abgerechnet werden. Wegen der Verkürzung des Abrechnungszeitraums wird die Höhe des Rechnungszuschlags angehoben. Daneben wird durch die Änderung klargestellt, dass der Rechnungszuschlag für Patientinnen und Patienten abgerechnet wird, die zwischen dem 1. Mai 2020 und dem 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung ins Krankenhaus aufgenommen werden.

Zu Artikel 7a (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Regelung gewährleistet, dass neben allgemeinen Krankenhäusern, für die eine entsprechende Regelung schon im Kabinettentwurf enthalten war, auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser den Rechnungszuschlag erhalten. Alle Krankenhäuser zusammen erhalten durch den Rechnungszuschlag rund 250 Millionen Euro für einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal.

Zu Artikel 8 (Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung)

Zu § 1

Durch die Änderung wird in der SGB V-Übertragungsverordnung die Umbenennung des BVA in BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Artikel 8a (Änderung der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung)

In der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung werden redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung der §§ 143 ff. SGB V durch Artikel 5 Nummer 12 vorgenommen.

Zu Artikel 10a (Änderung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts)

In Artikel 33 Nummer 2 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts wird die Benennung des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch in § 4 Absatz 3 RSAV redaktionell berichtigt.

Die Anpassungen der RSAV durch Artikel 33 Nummer 1 und 3 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts sind gegenstandslos. Die RSAV hat keine amtliche Inhaltsübersicht und bei § 4 RSAV handelt es sich um eine Regelung zur Zuordnung von Einnahmen und Ausgaben bei der Durchführung des RSA, die die Rechte von Personen nicht berührt. Zudem operationalisiert § 4 Absatz 3 RSAV lediglich die Vorgabe des neuen § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V, was sich unter anderem aus dem Wort „insbesondere“ ergibt. Die Änderungsbefehle werden daher aufgehoben.

Zu Artikel 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Auf Grund der Anpassung des Zeitraums, für den die Krankenhäuser den Rechnungszuschlag abrechnen dürfen, durch die Änderung in Artikel 7 ist ein gesondertes Inkrafttreten dieses Artikels nicht mehr erforderlich. Da auch Artikel 11 Absatz 3 infolge der Streichung von Artikel 5 Nummer 18 nicht mehr erforderlich ist, wird Artikel 11 entsprechend neu gefasst.

Berlin, den 12. Februar 2020

Karin Maag
Berichterstatterin

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatterin

Dr. Achim Kessler
Berichterstatter

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin