

83. Gesundheitsministerkonferenz 2010

Umlaufbeschluss 12/2010 – Anlage -

Gesetzlicher Änderungsbedarf aus TOP 5.1 der 83.GMK - Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung -

1 .Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig:

- die Demographie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren,*
- auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d.h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und*
- sektorenübergreifende (Rahmen-) Planung ermöglichen.*

1. In § 92 werden nach Absatz 7c folgende Absätze 7d und 7e eingefügt:

„(7d) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 beinhalten Bestimmungen über

1. Maßstäbe für die Abbildung der Morbidität der Bevölkerung und deren insbesondere demografisch bedingte künftige Entwicklung sowie über die daraus abgeleiteten für die bedarfsgerechte Versorgung notwendigen hausarzt- und facharztbezogenen Verhältniszahlen in der vertragsärztlichen Versorgung,
2. Empfehlungen zu den für eine vorrangig sektorenübergreifende Planung geeigneten Versorgungsbereichen,
3. allgemeine Voraussetzungen, nach denen von der Aufteilung der Planungsbereiche abgewichen werden kann,
4. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb nicht unterversorgter Planungsbereiche feststellen oder zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit zusätzlichen Vertragsarztsitzen beheben können,

5. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet; dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,
6. Regelungen für die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

²Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach Nummer 5 und 6 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 5 und bei der Anstellung nach Nummer 6 vereinbar sind. ³Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. ⁴Soweit nicht durch die Richtlinien nach Satz 1 neu bestimmt, ist bei der Ermittlung des Versorgungsgrades die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. ⁵Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Maßstäbe nach Satz 1 Nr. 1 bis zum 31. Dezember 2012; anderenfalls werden die Maßstäbe vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt. ⁶Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; die Landesausschüsse können nach den Vorgaben gemäß Satz 1 Nr. 3 eine kleinräumigere Aufteilung vornehmen. ⁷Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte und die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. ⁸Die Sätze 1 und 5 gelten nicht für Zahnärzte.

(7e) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 7d Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist

1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt,
3. weil sich eine veränderte Entwicklung der Morbidität ergeben hat oder
4. weil sich aus der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung ergeben haben.

²Bei Anpassungen oder Neufestlegungen ist die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen.“

2. § 99 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „im Benehmen mit“ gestrichen.
- b) In Satz 2 wird das Wort „Die“ durch die Wörter „§ 90a, die“ ersetzt.

3. § 100 Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung, dass in bestimmten Planungsbereichen eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht.“

4. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4“ durch die Angabe „§ 92 Absatz 7d Satz 1 Nr. 5“ ersetzt.

bb) In Satz 2 und 4 wird jeweils die Angabe „Absatz 1 Satz 1 Nr. 4“ durch die Angabe „§ 92 Absatz 7d Satz 1 Nr. 5“ ersetzt.

d) In Absatz 3a wird die Angabe „Absatz 1 Satz 1 Nr. 5“ durch die Angabe „§ 92 Absatz 7d Satz 1 Nr. 6“ ersetzt.

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatzes 2“ durch die Angabe „§ 92 Absatz 7e“ ersetzt.
- bb) In Satz 5 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „§ 92 Absatz 7d“ ersetzt.
- f) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Absatzes 2“ durch die Angabe „§ 92 Absatz 7e“ ersetzt.
- g) In Absatz 6 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 und“ gestrichen.

Begründung:

Zu Ziffer 1.:

§ 92 umfasst an zentraler Stelle nähere Bestimmungen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erlassenden Richtlinien. Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig die Demographie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d.h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden, und sektorenübergreifende (Rahmen-) Planung ermöglichen. Deshalb werden die bisher in § 101 Absatz 1 und 2 enthaltenen näheren Bestimmungen zu den Bedarfsplanungsrichtlinien in die neuen Absätze 7d und 7e des § 92 übernommen und an die künftigen Erfordernisse hinsichtlich der Demographie- und Morbiditätsentwicklung sowie der kleinräumigeren und sektorenübergreifenden Planung angepasst.

Zu Ziffer 2.:

Zu Buchstabe a):

Nach aktuellem Recht ist für die Bedarfsplanung lediglich das Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden herzustellen. Um der Gesamtverantwortung der Länder für die gesundheitliche Daseinvorsorge stärker Rechnung zu tragen, soll künftig das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden hergestellt werden.

Zu Buchstabe b):

Mit dem neuen § 90a wird für jedes Land ein Gemeinsamer Landesausschuss installiert, in dem die für die Gesundheitsvorsorge relevanten Parteien vertreten sind und über die sektorenübergreifende Bedarfsplanung beraten und beschlossen wird. Die Ergänzung stellt sicher, dass die Ziele und Beschlüsse des Gemeinsamen Landesausschusses bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Zu Ziffer 3.:

Eine drohende oder bereits bestehende Unterversorgung ist als Teil der Bedarfsplanung für Planungsbereiche und nicht länger für bestimmte Gebiete eines Zulassungsbezirks, die nicht mit einem Planungsbereich übereinstimmen müssen, festzustellen.

Zu Ziffer 4.:

Zu Buchstabe a) und b):

Folgeänderung zu Ziffer 1. Da § 101 Regelungen zur Überversorgung enthält, sind die bisher in Absatz 1 und 2 enthaltenen Regelungen über die Inhalte der Bedarfsplanungsrichtlinien nach § 92 übernommen worden. Lediglich die Definition der Überversorgung verbleibt in § 101 Absatz 1.

Zu Buchstaben c) bis g):

Redaktionelle Änderungen zu Buchstaben a) und b).

2. Die Länder werden an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

§ 91 wird wie folgt geändert:

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

„(2a) In Fragen, die die Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 13 betreffen, sind die Länder zu beteiligen; die Beteiligung beinhaltet das Recht, bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses Anträge zu stellen. § 140f Absatz 2 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die Vertreter der Länder werden vom Bundesrat benannt.“

2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird der Punkt durch folgende Wörter ersetzt:

„und der Vertreter der Länder nach Absatz 2a.“

b) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„soweit die Geschäftsordnung die Rechte der Vertreter der Länder nach Absatz 2a betrifft, bedarf die Genehmigung der Zustimmung des Bundesrates.“

Begründung:

Zu Nummer 1.:

Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zusammen. Vertreter der Interessen der Patientinnen und Patienten sind in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen und haben das Recht, während der Beschlussfassung anwesend zu sein. Den für die Wahrnehmung der Interessen der übrigen Leistungserbringer gebildeten Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, ihre Stellungnahmen sind in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubeziehen. Das BMG führt die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Lediglich die Länder, denen die Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge obliegt, bleiben bisher bei den Beratungen und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses außen vor. Mit dem neuen Absatz 2a erhalten sie, angelehnt an das Beteiligungsrecht der Patientenvertreter, ein Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss, das sich auch auf das Recht, Anträge zur Beschlussfassung zu stellen, erstreckt.

Zu Nummer 2.:

Folgeänderungen zu Nummer 1.

3. Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.

§ 90 SGB V wird neu gefasst:

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Die Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen. Die Landesregierungen können eigene Mitglieder in die Landesausschüsse entsenden. Art und Umfang der Beteiligung regeln die Landesregierungen durch Landesrecht. Die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die jeweils zuständige oberste Landesbehörde übertragen.

(2) Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Die Landesregierungen können bis zu 8 Vertreter entsenden. Der Stimmanteil der Vertreter des Landes entspricht unabhängig von der Anzahl der entsandten Mitglieder dem Stimmanteil der Vertreter der Ärzte sowie der Vertreter der Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände sowie die Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5. Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, verringert sich die Zahl der Ärzte und der Vertreter des Landes entsprechend. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen bestellt.

(3) Die Mitglieder der Landesausschüsse, mit Ausnahme der Vertreter der Länder, führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere für die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Ausschussmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

Begründung:

Nach aktueller Gesetzeslage setzen sich die Landesausschüsse aus Vertretern der Ärzte und Vertretern der Krankenkassen zusammen. Um ihrer Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge bei der Umsetzung der Bedarfsplanung nachkommen zu können, benötigen die Länder in Abhängigkeit von den spezifischen Gegebenheiten ein Beteiligungsrecht im Landesausschuss.

Die mit diesem Antrag verfolgte Änderung des § 90 SGB V räumt den Ländern die Möglichkeit ein, eigene Mitglieder in die Landesausschüsse zu entsenden. Die Anzahl der Vertreter der Länder entspricht dabei maximal denen der Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und des Landes haben insgesamt gleiche Stimmanteile.

Die Länder können sich so u.a. an Abstimmungsprozessen insbesondere in unterversorgten Regionen zwischen den Gebietskörperschaften und dem Landesausschuss im Hinblick auf Fördermaßnahmen oder die Nutzung anderer Versorgungsmöglichkeiten beteiligen. Auch wird so dem länderspezifischen Abstimmungsbedarf zwischen der öffentlichen Hand und der Selbstverwaltung bei der ambulanten Bedarfsplanung, insbesondere unter Berücksichtigung ganzheitlicher Aspekte der Versorgung, genüge getan.

Die Länder werden zur weiteren Ausgestaltung ihres Beteiligungsrechtes durch Rechtsverordnung ermächtigt.

4. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.

§ 90 a - neu - Gemeinsamer Landesausschuss

- (1) Zum Zwecke der sektorübergreifenden Planung der gesundheitlichen Versorgung können die Länder einen Gemeinsamen Landesausschuss bilden. In ihm sind mindestens vertreten
 - a) die Kassenärztliche Vereinigung,
 - b) die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen,
 - c) die Landeskrankenhausgesellschaft nach § 108a und
 - d) das Land.
- (2) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

Begründung:

Die Überwindung der Leistungssektoren in der gesundheitlichen Versorgung setzt u. a. eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung voraus. Die Länder können für die Bedarfsplanung

die in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien durch ein sektorübergreifendes Gremium ergänzen. Die rechtliche Ausgestaltung bleibt dem Landesrecht überlassen.

Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Landesausschuss nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.

5. Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen.

Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.

§ 105a neu Beanstandungs- und Initiativrecht der Länder:

(1) Alle Vereinbarungen nach § 71 Abs. 4 und Verträge nach den §§ 73b, 73 c und 140 a bis 140 d zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen. Diese können die Verträge innerhalb von zwei Monaten bei drohender Gefährdung der allgemeinen bedarfsgerechten Versorgung in Verbindung mit §§ 99ff beanstanden.

(2) Die Länder haben ein Initiativrecht, die Landesarbeitsgemeinschaft oder die Kassenärztlichen Vereinigung zur Vereinbarung von Verträgen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung aufzufordern.

Folgeänderung

§ 71 Abs. 5 SGB V wird gestrichen

6. Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die Bevollmächtigten bilden eine

Landesarbeitsgemeinschaft, die der Länderaufsicht unterliegt. Eine verbindliche Konfliktregelung zwischen den Bevollmächtigten ist notwendig, um eine Entscheidungsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften zu gewährleisten.

§ 211 a-neu: Entscheidungen und Vertretung der Kassenarten auf Landesebene

(1) Alle Krankenkassen einer Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz in einem Land haben für das jeweilige Land für alle gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen sowie für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene jeweils einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis gegenüber der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes zu benennen. Können sich die betroffenen Krankenkassen einer Kassenart nicht auf einen Bevollmächtigten einigen, bestimmt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes diesen gemeinsamen Bevollmächtigten. Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit für ein Land eine Landesvertretung einer Kassenart oder ein Landesverband besteht oder die Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4a wahrgenommen werden. In diesem Fall gelten der Landesverband oder die Landesvertretung einer Kassenart als Bevollmächtigter der Kassenart. Bestehen in einem Land gem. § 207 SGB V mehrere Landesverbände einer Kassenart, gilt der jeweilige Landesverband in seinem Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigter im Sinne des Satzes 1.

(2) Die Bevollmächtigten nach Abs. 1 bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft. Die Landesarbeitsgemeinschaft wählt aus ihrer Mitte bis zu 3 Sprecher, die sie gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Die Landesarbeitsgemeinschaft gibt sich eine Satzung, die der Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes bedarf.

(3) Die Landesarbeitsgemeinschaft nimmt die nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu entscheidenden Aufgaben wahr. Kommt insoweit keine Einigung zustande, erfolgt die Beschlussfassung der Landesarbeitsgemeinschaft durch Mehrheitsbeschluss der Bevollmächtigten, deren Stimmen jeweils mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM 6 ihrer jeweiligen Kassenart zu gewichten sind. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 jährlich zum 1.1. anzupassen. Bestehen in einem Land gem. § 207 SGB V mehrere Landesverbände einer Kassenart, erfolgt die Gewichtung der Stimmen der Bevollmächtigten anhand der Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM 6 im jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Das Verfahren zur Beschlussfassung regelt die Landesarbeitsgemeinschaft in einer Geschäftsordnung.“

(4) Die von den Landesarbeitsgemeinschaften abgeschlossenen Verträge und sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen mit Mitgliedern mit Wohnsitz in dem jeweiligen Geltungsbereich des Vertrages bzw. der Entscheidung und deren Versicherte.

Begründung:

Die durch bundesgesetzliche Regelungen in den letzten Jahren zunehmende Zentralisierung von Preis- und Finanzierungsregelungen dürfen nicht zu einer weiter voranschreitenden Zentralisierung von Versorgungsangeboten in Ballungsräumen und Unterversorgung in ländlichen Regionen führen. Um die effektive Umsetzung des gemeinsamen und einheitlichen Handelns der Krankenkassen auf Landesebene sicherzustellen, ist je Kassenart ein Bevollmächtigter zu benennen. Modell dafür ist die Bevollmächtigung der Ersatzkassen nach § 212 Abs. 5 Satz 4 ff. SGB V. Durch die Benennung der Bevollmächtigten ist zugleich gewährleistet, dass die Landesbehörden trotz fortschreitender Konzentrations- und Fusionsprozesse bei den Krankenkassen für jede Kassenart ein Ansprechpartner im Land vorhanden ist. Bei bestehenden Landesverbänden oder Landesvertretungen sind keine gesonderten Benennungen erforderlich.

Außerdem bilden die Bevollmächtigten eine Landesarbeitsgemeinschaft, die von bis zu 3 Sprechern gerichtlich und außergerichtlich vertreten wird und die der Landesaufsicht unterliegt. Letzteren ist auch die Satzung der Arbeitsgemeinschaft zur Genehmigung vorzulegen. Dies gilt entsprechend für einen Gesellschaftsvertrag, falls sich Arbeitsgemeinschaften aufgrund ihrer Wahlfreiheit bezüglich ihrer Rechtsform für eine Gesellschaftsform entscheiden.

Absatz 3 entspricht der Regelung der bisherigen Fassung des § 211a. Da es nicht mehr überall einen Landesverband je Kassenart und Bundesland gibt, geht die Entscheidungsbefugnis für die gemeinsam und einheitlich wahrzunehmenden Aufgaben auf die Landesarbeitsgemeinschaft gemeinsamen Bevollmächtigten der Kassenarten über.

Absatz 4 stellt die Verbindlichkeit der Entscheidungen der Landesarbeitsgemeinschaften für die Krankenkassen mit Versicherten mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land und für deren Versicherten klar.

Neue Aufgaben werden durch die Regelung nicht begründet. Die Landesarbeitsgemeinschaft ist für die Entscheidungen und Verträge zuständig, die bereits heute von den in einem Land tätigen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu treffen sind.

Folgender § 211b SGB V wird neu eingefügt:

„§ 211b Aufsicht

Die Landesarbeitsgemeinschaft nach § 211a Abs. 2 untersteht der Aufsicht der im jeweiligen Land zuständigen obersten Verwaltungsbehörde. § 208 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.“

Begründung:

Zur Sicherstellung des gesetzlich vorgesehenen gemeinsamen und einheitlichen Handelns führt die zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes die Aufsicht über die Landesarbeitsgemeinschaft.