

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht

(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

A. Problem und Ziel

Die Selbstverwaltung ist ein tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Prinzip sichert praxisnahe und eigenverantwortliche Entscheidungen sowie ein hohes Maß an Akzeptanz der Entscheidungen, erfordert aber gleichzeitig eine gesicherte Handlungsfähigkeit der Institutionen.

Die Selbstverwaltung muss die ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zuverlässig und ordnungsgemäß erfüllen. Die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene wird durch eine effektive interne und externe Kontrolle des Verwaltungshandelns und der jeweils wahrgenommenen Kompetenzen sowie einer wirksamen staatlichen Aufsicht gesichert.

Die gesetzlichen Regelungen zu den internen und externen Kontrollmechanismen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind aufgrund historischer Entwicklungen uneinheitlich und vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen nicht mehr ausreichend. Damit Kompetenzüberschreitungen und Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung frühzeitig erkannt werden können, bedarf es sowohl einer Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane als auch mehr Transparenz im Verwaltungshandeln.

Die externe Kontrolle übernimmt im Wege der staatlichen Aufsicht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Aufsicht des BMG über die genannten Institutionen sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist regelmäßig als eine Rechtsaufsicht ausgestaltet.

Der Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht findet seinen verfahrensrechtlichen Ausdruck in den §§ 88 und 89 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV). Das nach den §§ 88 und 89 SGB IV vorgegebene eingeschränkte und gestufte Aufsichtsverfahren gewährleistet regelmäßig ein rechtlich einwandfreies Verwaltungshandeln. Im Bereich der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung reicht das Verfahren in der Praxis häufig aber nicht aus, um der Aufsichtsbehörde bei Rechtsverstößen ein zielgerichtetes und schnelles Einschreiten zu ermöglichen, damit weiteren Fehlentwicklungen bestimmt entgegengetreten werden kann.

Die Regelungen zur internen und externen Kontrolle der Selbstverwaltungskörperschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene bedürfen daher einer Weiterentwicklung.

B. Lösung

Mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz wird die interne als auch die externe Kontrolle der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene sowie die Transparenz im Verwaltungshandeln der Institutionen gestärkt und weiterentwickelt. Das Gesetz sieht verschiedene Maßnahmen vor, mit denen die Kontrollrechte und Überwachungsrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane weiterentwickelt und präzisiert werden.

In gewissen Bereichen bedarf es zudem einer Stärkung der staatlichen Aufsicht als externe Kontrolle. Hierfür werden bestimmte gesetzliche Vorgaben zum Verwaltungshandeln klarer gefasst, damit ein rechtssicherer und eindeutiger Anknüpfungspunkt für das aufsichtsrechtliche Handeln besteht. Hierzu gehören insbesondere präzisere Vorgaben zum Haushaltswesen.

Außerdem werden besondere Aufsichtsverfahren geregelt, die ein effektives aufsichtsrechtliches Instrumentarium zur Beseitigung von Rechtsverstößen vorsehen. Darüber hinaus wird mit dem Instrument einer „Entsandten Person für besondere Angelegenheiten“ eine aufsichtsrechtliche Maßnahme unterhalb der Eingriffsschwelle des sogenannten Staatskommissars geschaffen.

Zudem werden mit dem Gesetz im Rahmen einer Angleichung der Vorgaben für die Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie die Aufsichtsführung auch einzelne Regelungen auf den G-BA übertragen. Diese wurden an die besondere Aufgabenstellung und die von den anderen Selbstverwaltungskörperschaften abweichende Organisationsstruktur des G-BA angepasst.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Es entstehen jährliche Belastungen der Verwaltung auf Bundesebene in Höhe von rund 55 500 Euro. Einmalige Belastungen der Verwaltung auf Bundesebene entstehen in Höhe von rund 1 700 Euro. Erfüllungsaufwand der Verwaltung auf Landesebene entsteht nicht.

F. Weitere Kosten

Keine.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht

(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482) das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 77 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „halbtags“ durch die Wörter „zehn Stunden pro Woche“ ersetzt.
2. Nach § 77a wird folgender § 77b eingefügt:

„§ 77b

Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Vor der Entscheidung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung zu unterrichten. Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung.

(2) Der Vorstand hat zur Information der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind. Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,
2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,

3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die Haushaltswirtschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,
4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.

Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(3) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit § 77 Absatz 6 Satz 1, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind, und für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit § 77 Absatz 6 Satz 1, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind.“

3. § 78 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.
- b) Die folgenden Absätze 4 bis 7 werden angefügt:

„(4) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(5) Die Kosten der Tätigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden nach Maßgabe des Haushaltsplans durch die Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß den Vorgaben der Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgebracht, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt werden. Für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gelten für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5 des Vierten Buches, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a des Vierten Buches und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches, für das Vermögen die §§ 80 bis 83 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. Betriebsmittel dürfen die Ausgaben nicht übersteigen, die nach dem Haushaltsplan der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf einen Monat entfallen. Rücklagen sind zulässig, sofern sie angemessen sind und für einen den gesetzlichen Aufgaben dienenden Zweck bestimmt sind. Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verwenden oder an die Kassenärztlichen Vereinigungen zurück zu zahlen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind verpflichtet, mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsan-

waltskanzlei prüfen zu lassen. Die Aufsichtsbehörde kann eine Prüfung auch außerhalb des Prüfrhythmus anordnen. Die Beauftragung der externen Prüfeinrichtung oder der spezialisierten Rechtsanwaltskanzlei erfolgt im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde. Eine externe Prüfeinrichtung oder eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei ist ausgeschlossen, wenn sie die letzte Prüfung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches in Verbindung mit Absatz 5 oder die letzte Prüfung nach Satz 1 durchgeführt hat.

(7) Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gelten für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5 des Vierten Buches, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 des Vierten Buches und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend.“

4. Nach § 78 werden die folgenden §§ 78a und 78b eingefügt:

„§ 78a

Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechtswidrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornehmen. Kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss der Vertreterversammlung erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss der Vertreterversammlung ersetzen.

(3) Verstößt ein Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die aufgrund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. Kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 aufgrund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörden nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 78b

Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,
2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,
3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder
4. Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.

Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen insbesondere zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder der Vertreterversammlung, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

(2) Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewähren der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festgesetzt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) Der Entsendung der Person hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.“

5. § 79 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über die Angelegenheiten der Körperschaft verlangen. Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Rechte nach den Sätzen 2 und 3 auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen ihrer Mitglieder geltend machen. Der Vorstand hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die Nebentätigkeit in ärztlichen Organisationen zu informieren.“

b) Nach Absatz 3a werden die folgenden Absätze 3b bis 3d eingefügt:

„(3b) Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat ihre Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. Sie hat ihre Sitzungen zu protokollieren. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ein Wortprotokoll verlangen. Abstimmungen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erfolgen in der Regel nicht geheim. Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt. Hat das Abstimmungsverhalten haftungsrechtliche Bedeutung, so ist namentlich abzustimmen. Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind in der Regel öffentlich. Die Öffentlichkeit kann nur in besonderen Fällen ausgeschlossen werden, insbesondere wenn berechtigte Interessen Einzelner einer öffentlichen Sitzung entgegenstehen.

(3c) Verpflichtet sich ein Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen außerhalb seiner Tätigkeit in der Vertreterversammlung durch einen Dienstvertrag, durch den ein Arbeitsverhältnis nicht begründet wird, oder durch einen Werkvertrag gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu einer Tätigkeit höherer Art, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Zustimmung der Vertreterversammlung ab. Gewähren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgrund des Dienstvertrages oder des Werkvertrages dem Mitglied der Vertreterversammlung eine Vergütung, ohne dass die Vertreterversammlung diesem Vertrag zugestimmt hat, so hat das Mitglied der Vertreterversammlung die Vergütung zurück zu gewähren, es sei denn, dass die Vertreterversammlung den Vertrag nachträglich genehmigt. Ein Anspruch des Mitglieds der Vertreterversammlung gegen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf Herausgabe der durch die geleistete Tätigkeit erlangten Bereicherung bleibt unberührt. Der Anspruch kann jedoch nicht gegen den Rückgewähranspruch aufgerechnet werden.

(3d) Die Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder der Vertreterversammlung einschließlich Nebenleistungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März 2017, von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Bundesanzeiger und gleichzeitig in den jeweiligen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen.“

c) Absatz 4 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung besteht aus bis zu drei Mitgliedern. Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht aus drei Mitgliedern. Bei Meinungsverschiedenheiten im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entscheidet der Vorstand mit der Mehrheit seiner Mitglieder. Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.“

- d) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 1 verlangen, dass ihr die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorlegen.“

- e) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde.“

6. § 79a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen sich weigert, ihre oder seine Geschäfte zu führen, nimmt auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufsichtsbehörde selbst oder ein von ihr gestellter Beauftragter die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wahr.“

- b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:

„(1a) Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sich weigert, ihre oder seine Geschäfte zu führen, kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst führen oder einen Beauftragten bestellen und ihm ganz oder teilweise die Befugnisse eines oder mehrerer Organe der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übertragen. Dies gilt auch, wenn die Vertreterversammlung oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährdet, insbesondere wenn sie oder er die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen oder mit der Satzung verwaltet, die Auflösung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betreibt oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigt oder trifft.

(1b) Die Bestellung eines Beauftragten nach Absatz 1a erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Befugnisse und Rechte des Organs, für das der Beauftragte bestellt wird, ruhen in dem Umfang und für die Dauer der Bestellung im Innen- und Außenverhältnis. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewähren dem nach Absatz 1a bestellten Beauftragten eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festgesetzt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen zudem die übrigen Kosten, die durch die Bestellung des Beauftragten entstehen. Werden dem Beauftragten Befugnisse des Vorstandes übertragen, ist die Vergütung des Vorstandes entsprechend zu kürzen.“

- c) Absatz 2 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Führung der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde oder der Bestellung eines Beauftragten hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1, gegen die Entscheidung über die Bestellung eines Beauftragten oder gegen die Wahrnehmung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung.“

7. § 80 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 80

Wahl und Abberufung“.

- b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Mindestens ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darf weder an der hausärztlichen noch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Für die Wahl des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung erforderlich. Kommt eine solche Mehrheit nicht zustande, so genügt im dritten Wahlgang die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.“

- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ihren Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter der Vertreterversammlung verletzt hat oder seine Informationspflichten gegenüber der Vertreterversammlung verletzt hat. Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Mit dem Beschluss über die Abberufung muss die Vertreterversammlung gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden oder den stellvertretenden Vorsitzenden wählen. Die Amtszeit des abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen stellvertretenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.“

8. Nach § 81 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen zudem Bestimmungen enthalten über:

1. die Vorbereitung der Beschlussfassung in der Vertreterversammlung, einschließlich der Anforderungen an Beschlussvorlagen und der Übermittlung entscheidungserheblicher Unterlagen,
2. die Anforderungen an die schriftliche Dokumentation der Sitzungen der Vertreterversammlung,
3. die Anforderungen an eine schriftliche Dokumentation der Sitzungen der Ausschüsse der Vertreterversammlung, denen durch die Vertreterversammlung die

Erledigung einzelner Aufgaben übertragen worden ist, einschließlich der Erforderlichkeit, dass alle Ausschussmitglieder die Entscheidungen dieser Ausschüsse unterzeichnen,

4. die Information der Mitglieder der Vertreterversammlung über die Sitzungen und die Beschlüsse der Ausschüsse,
 5. das Nähere zu den Berichtspflichten des Vorstandes nach § 79 Absatz 3 Satz 3 bis 6,
 6. die besonderen Angelegenheiten, in denen eine geheime Abstimmung durch die Vertreterversammlung beschlossen werden kann,
 7. die Voraussetzungen einer Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren.“
9. § 91 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 14 werden die Wörter „§ 35a Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches“ durch die Wörter „§ 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt, so kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise und des Bewertungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderliche Änderungen bestimmen und anordnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann das Bundesministerium für Gesundheit die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen. Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend, wenn sich die Erforderlichkeit der Änderung einer bereits genehmigten Regelung der Verfahrensordnung oder der Geschäftsordnung erst nachträglich ergibt. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Sätzen 3 bis 5 haben keine aufschiebende Wirkung.“
 - c) Absatz 8 wird aufgehoben.
10. Nach § 91 wird folgender § 91a eingefügt:

„§ 91a

Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen

(1) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen gelten die §§ 67 bis 69 Absatz 1 und 2 des Vierten Buches, § 70 Absatz 1 des Vierten Buches und die §§ 76 bis 77 Absatz 1 und 1a des Vierten Buches entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt seinen Haushaltsplan dem Bundesministerium für Gesundheit. Er teilt dem Bundesministerium für Gesundheit mit, wenn er eine vorläufige Haushaltsführung, die Genehmigung überplanmäßiger oder außerplanmäßiger Ausgaben oder einen Nachtragshaushalt beschließt. Für das Vermögen gelten die §§ 80 bis 83 und 85 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 bis 5 des Vierten Buches und für die Verwendung

der Mittel § 305b entsprechend. Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 entsprechend. Für die Höhe der Betriebsmittel gilt § 260 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der nach § 91 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c zu erhebenden Zuschläge zu verwenden.

(2) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss ist verpflichtet, mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen zu lassen. Die Aufsichtsbehörde kann eine Prüfung auch außerhalb des Prüfrhythmus anordnen. Die Beauftragung einer externen Prüfeinrichtung oder der spezialisierten Rechtsanwaltskanzlei erfolgt im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde. Eine externe Prüfeinrichtung oder eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei ist ausgeschlossen, wenn sie die letzte Prüfung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches in Verbindung mit Absatz 1 oder die letzte Prüfung nach Satz 1 durchgeführt hat.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem einzurichten. Die Ergebnisse des internen Kontrollsystems sind dem Beschlussgremium nach § 91 Absatz 2 Satz 1 und dem Innovationsausschuss nach § 92b Absatz 1 in regelmäßigen Abständen sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(5) Die Vorschriften über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an Einrichtungen nach § 219 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.“

11. § 217b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „37,“ gestrichen und wird die Angabe „62“ durch die Wörter „§ 62 Absatz 1 bis 4 und 6“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

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

„(1a) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Der Verwaltungsrat kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über Angelegenheiten der Körperschaften verlangen. Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. Die Rechte nach den Sätzen 1 und 2 können auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen im Verwaltungsrat geltend gemacht werden.

(1b) Der Verwaltungsrat hat seine Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. Er hat seine Sitzungen zu protokollieren. Der Verwaltungsrat kann ein Wortprotokoll verlangen. Abstimmungen erfolgen in der Regel nicht geheim. Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt. Hat das Abstimmungsverhalten haftungsrechtliche Bedeutung, so ist namentlich abzustimmen.

(1c) Verpflichtet sich ein Mitglied des Verwaltungsrates außerhalb seiner Tätigkeit im Verwaltungsrat durch einen Dienstvertrag, durch den ein Arbeitsverhältnis nicht begründet wird, oder durch einen Werkvertrag gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu einer Tätigkeit höherer Art, so hängt die Wirksamkeit des Vertrags von der Zustimmung des Verwaltungsrates ab. Gewährt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgrund des Dienstvertrages oder des Werkvertrages dem Mitglied des Verwaltungsrates eine Vergütung, ohne dass der Verwaltungsrat diesem Vertrag zugestimmt hat, so hat das Mitglied des Verwaltungsrates die Vergütung zurück zu gewähren, es sei denn, dass der Verwaltungsrat den Vertrag nachträglich genehmigt. Ein Anspruch des Mitglieds des Verwaltungsrates gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Herausgabe der durch die geleistete Tätigkeit erlangten Bereicherung bleibt unberührt. Der Anspruch kann jedoch nicht gegen den Rückgewähranspruch aufgerechnet werden.

(1d) Die Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates einschließlich Nebenleistungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März 2017, vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesanzeiger und gleichzeitig in den Mitteilungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu veröffentlichen.

(1e) Der Verwaltungsrat kann seinen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder des Verwaltungsrates zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter des Verwaltungsrates verletzt hat oder seine Informationspflichten gegenüber dem Verwaltungsrat verletzt hat. Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Mit dem Beschluss über die Abberufung muss der Verwaltungsrat gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden oder den stellvertretenden Vorsitzenden wählen. Die Amtszeit des abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen stellvertretenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.“

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 6 verlangen, dass ihr der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdiensverträge vorlegt.“

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

„(2a) Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand und bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde.“

12. § 217d wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1 und Satz 3 wird aufgehoben.

b) Die folgenden Absätze 2 bis 4 werden angefügt:

„(2) Die Kosten der Tätigkeit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden nach Maßgabe des Haushaltsplans durch die Beiträge der Mitglieds-

kassen gemäß den Vorgaben der Satzung aufgebracht, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt werden. Für die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5 des Vierten Buches, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a des Vierten Buches und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches, für das Vermögen die §§ 80 bis 83 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. Betriebsmittel dürfen die Ausgaben nicht übersteigen, die nach dem Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf einen Monat entfallen. Rücklagen sind zulässig, sofern sie angemessen sind und für einen den gesetzlichen Aufgaben dienenden Zweck bestimmt sind. Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der Beiträge der Mitgliedskassen zu verwenden oder an die Mitgliedskassen zurück zu zahlen.

(3) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist verpflichtet, mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen zu lassen. Die Aufsichtsbehörde kann eine Prüfung auch außerhalb des Prüfrhythmus anordnen. Die Beauftragung der externen Prüfeinrichtung oder der spezialisierten Rechtsanwaltskanzlei erfolgt im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde. Eine externe Prüfeinrichtung oder eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei ist ausgeschlossen, wenn sie die letzte Prüfung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches in Verbindung mit Absatz 2 oder die letzte Prüfung nach Satz 1 durchgeführt hat.“

13. § 217e Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Die folgenden Nummern 10 bis 16 werden angefügt:

„10. die Vorbereitung der Beschlussfassung im Verwaltungsrat, einschließlich der Anforderungen an Beschlussvorlagen und der Übermittlung entscheidungserheblicher Unterlagen,

11. die Anforderungen an die schriftliche Dokumentation der Sitzungen des Verwaltungsrates,

12. die Anforderungen an eine schriftliche Dokumentation der Sitzungen der Erledigungsausschüsse nach § 66 Absatz 1 des Vierten Buches in Verbindung mit § 217b Absatz 1 Satz 3 des Verwaltungsrates einschließlich der Erforderlichkeit, dass alle Ausschussmitglieder die Entscheidungen dieser Ausschüsse unterzeichnen,

13. die Information der Mitglieder des Verwaltungsrates über die Sitzungen und die Beschlüsse der Ausschüsse,

14. das Nähere zu den Berichtspflichten des Vorstandes nach § 217b Absatz 1a Satz 2 bis 4,

15. die besonderen Angelegenheiten, in denen eine geheime Abstimmung durch den Verwaltungsrat beschlossen werden kann und
 16. die Voraussetzungen einer Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren.“
14. Nach § 217f werden die folgenden §§ 217g bis 217i eingefügt:

„§ 217g

Aufsichtsmittel in besonderen Fällen beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechtswidrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss des Verwaltungsrates erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss des Verwaltungsrates ersetzen.

(3) Verstößt ein Beschluss des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die aufgrund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. Kommt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 aufgrund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörden nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 217h

Entsandte Person für besondere Angelegenheiten bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,
2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,
3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder
4. Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.

Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen insbesondere zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder des Verwaltungsrates, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) Der Entsendung der Person hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 217i

Verhinderung von Organen, Bestellung eines Beauftragten

(1) Solange und soweit die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht zustande kommt oder der Verwaltungsrat oder der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sich weigert, seine Geschäfte zu führen, kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst führen oder einen Beauftragten bestellen und ihm ganz oder teilweise die Befugnisse eines oder mehrerer Organe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen übertra-

gen. Dies gilt auch, wenn der Verwaltungsrat oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährdet, insbesondere wenn er die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen oder mit der Satzung verwaltet, die Auflösung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betreibt oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigt oder trifft.

(2) Die Bestellung eines Beauftragten nach Absatz 1 erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Befugnisse und Rechte des Organs, für das der Beauftragte bestellt wird, ruhen in dem Umfang und für die Dauer der Bestellung im Innen- und Außenverhältnis. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewährt dem nach Absatz 1 bestellten Beauftragten eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trägt zudem die übrigen Kosten, die durch die Bestellung des Beauftragten entstehen. Werden dem Beauftragten Befugnisse des Vorstandes übertragen, ist die Vergütung des Vorstandes entsprechend zu kürzen.

(3) Der Führung der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde oder der Bestellung eines Beauftragten hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1, gegen die Entscheidung über die Bestellung eines Beauftragten oder gegen die Wahrnehmung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung.“

15. § 219 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 219

Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“.

b) Der Wortlaut wird Absatz 1.

c) Die folgenden Absätze 2 bis 5 werden angefügt:

„(2) Vor der Entscheidung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung zu unterrichten. Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrates.

(3) Der Vorstand hat zur Information des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist. Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,
2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die Haushaltswirtschaft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,
4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.

Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(4) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit Absatz 1, an denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beteiligt ist.“

16. § 274 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „Das Bundesministerium für Gesundheit hat mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die“ durch das Wort „Die“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ gestrichen.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Wörter „und die Kassenärztlichen Vereinigungen“ ersetzt.

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden die Wörter „und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ gestrichen.
- bb) In Satz 3 wird ein Komma und werden die Wörter „die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ gestrichen.
- cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die von der jeweils zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten über die Personalkostenansätze des laufenden Rechnungsjahres für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger einschließlich der Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes/Beschäftigten in der Landesverwaltung zugrunde zu legen.“

17. § 282 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a bis 2e eingefügt:

„(2a) Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als allein entscheidungsbefugtes Mitglied sowie fördernde Mitglieder. Als fördernde Mitglieder können die Verbände der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beitreten. Organe des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind der Verwaltungsrat, die Geschäftsführung und die Mitgliederversammlung.

(2b) Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. Der Verwaltungsrat setzt sich zusammen aus stimmberechtigten Vertretern der im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus stimmberechtigten Vertretern des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung des Verwaltungsrates, zur Wahl des Vorsitzenden und dessen Stellvertreter sowie zur Wahl nicht stimmberechtigter Mitglieder aus dem Kreis der fördernden Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, regelt die Satzung nach Absatz 2e. § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e gilt entsprechend.

(2c) Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. Die Mitgliederversammlung setzt sich zusammen aus Vertretern der im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus Vertretern der fördernden Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 2e, insbesondere zur Zusammensetzung, zu den Aufgaben, zu den Rechten und Pflichten der Mitglieder, zu den Beiträgen der fördernden Mitglieder sowie zur Beschlussfassung der Mitgliederversammlung.

(2d) Bei dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird eine Geschäftsführung gebildet, die Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches ist. Die Geschäftsführung besteht aus einem Geschäftsführer und einem Stellvertreter, die vom Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gewählt werden. Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter führen die Geschäfte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, soweit nicht der Verwaltungsrat oder die Mitgliederversammlung zuständig ist, und vertreten den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gerichtlich und außerge-

richtlich. In der Satzung nach Absatz 2e können die Aufgaben der Geschäftsführung näher konkretisiert werden. § 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a sowie § 35a Absatz 1 bis 3, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.

„(2e) Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. § 34 Absatz 2 des Vierten Buches und § 217e Absatz 1 Satz 5 gelten entsprechend.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) § 217d Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Mittel zur Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach diesem und dem Elften Buch aufzubringen hat. Für fördernde Mitglieder des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann ein Beitrag zur Finanzierung vorgesehen werden. Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach Absatz 2e. Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 217d Absatz 3 und 4 und die §§ 217g bis 217i, 219, 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.“

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 46 Absatz 6 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen als des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen bestimmen, dass die Pflegekassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die Selbstverwaltung ist ein tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Prinzip sichert praxisnahe und eigenverantwortliche Entscheidungen sowie ein hohes Maß an Akzeptanz der Entscheidungen, erfordert aber gleichzeitig eine gesicherte Handlungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Selbstverwaltung muss ihre gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zuverlässig und ordnungsgemäß erfüllen. Die Handlungsfähigkeit der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene wird durch eine effektive interne und externe Kontrolle des Verwaltungshandelns und der jeweils wahrgenommenen Kompetenzen sowie einer wirksamen staatlichen Aufsicht gesichert.

Die gesetzlichen Regelungen zu den internen Kontrollmechanismen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen nicht mehr ausreichend. Eine funktionierende Selbstverwaltung ist auf effektive interne Kontrollmechanismen angewiesen. Damit Kompetenzüberschreitungen und Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung frühzeitig erkannt werden können, bedarf es insbesondere einer Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und mehr Transparenz im Verwaltungshandeln.

Die externe Kontrolle übernimmt im Wege der staatlichen Aufsicht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Aufsicht des BMG über die genannten Institutionen sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist regelmäßig als eine Rechtsaufsicht ausgestaltet.

Der Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht (vgl. BSGE 71, 108, 110) findet seinen verfahrensrechtlichen Ausdruck in den §§ 88 und 89 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV). Das nach den §§ 88 und 89 SGB IV vorgegebene eingeschränkte und gestufte Aufsichtsverfahren gewährleistet regelmäßig ein rechtlich einwandfreies Verwaltungshandeln. Im Bereich der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung reicht das Verfahren in der Praxis häufig aber nicht aus, um der Aufsichtsbehörde bei Rechtsverstößen ein zielgerichtetes und schnelles Einschreiten zu ermöglichen, damit weiteren Fehlentwicklungen bestimmt entgegentreten werden kann.

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen die Regelungen zur internen und externen Kontrolle der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene einer Weiterentwicklung.

Zur Stärkung der internen und externen Kontrolle, insbesondere damit Kompetenzüberschreitungen und Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung frühzeitig erkennbar werden, müssen die Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane geschärft werden und muss mehr Transparenz in dem Verwaltungshandeln der Institutionen geschaffen werden.

Eine Stärkung der staatlichen Aufsicht als externe Kontrolle setzt voraus, dass bestimmte gesetzliche Vorgaben zum Verwaltungshandeln klarer gefasst werden, damit ein rechtssi-

cherer und eindeutiger Anknüpfungspunkt für das aufsichtsrechtliche Handeln besteht. Hierzu gehören insbesondere präzisere Vorgaben zum Haushaltswesen.

Die bisher uneinheitlichen Regelungen zur staatlichen Aufsicht über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene werden vereinheitlicht. Darüber hinaus wird ein passgenaueres und gestrafftes Aufsichtsverfahren geregelt.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Eine funktionierende Selbstverwaltung ist auf effektive institutionsinterne Kontrollmechanismen angewiesen. Zur Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie zur Schaffung von mehr Transparenz in dem Verwaltungshandeln der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene werden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen:

- Stärkung der Einsichts- und Prüfrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
- Vorgaben zu Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten über die Beratungen in Ausschüssen der Selbstverwaltungsorgane,
- Präzisierung der Berichtspflichten des Vorstands,
- Verbesserung der Kontrolle der Beratertätigkeiten der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
- Regelungen zur Abberufungsmöglichkeiten der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane,
- Erweiterung des Vorstandes bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf ein drittes versorgungsbereichsunabhängiges Vorstandsmitglied sowie Vorgabe einer Zwei-Drittel-Mehrheit für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden bei der KBV.

Es werden stringenterere Vorgaben für das Verwaltungshandeln der Spitzenorganisationen auf Bundesebene geschaffen, wie beispielsweise

- einheitliche und präzise Vorgaben zu Rücklagen und Betriebsmitteln sowie die Pflicht zur Ausschüttung von Vermögen bzw. der Senkung der Umlage, soweit vorhandenes Vermögen nicht zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist,
- die Erweiterung der Prüfungs- und Mitteilungspflichten in Bezug auf Beteiligungen an und die Gründung von Einrichtungen,
- die Pflicht zur Veröffentlichung von Entschädigungen an Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane,
- die Etablierung einer regelmäßigen externen Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung anstelle der bisherigen Prüfung durch das BMG bzw. das Bundesversicherungsamt,
- die Verpflichtung zur Einrichtung interner Kontrollmechanismen, insbesondere eine Innenrevision, die festgestellte Verstöße auch an die Aufsicht zu berichten hat.

Ein weiteres Element ist die Vereinheitlichung der bisher uneinheitlichen Regelungen zur staatlichen Aufsicht über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Es werden besondere und passgenauere, gestraffte Verfahren geregelt, die ein effektives Vorgehen zur Beseitigung von Rechtsverstößen insbesondere ohne aufschiebende Wirkung ermöglichen.

Im Einzelnen betrifft dies folgende Maßnahmen:

- einheitliche Regelungen für besondere Fallkonstellationen, wie z. B. die aufsichtsrechtliche Durchsetzung von Satzungsänderungen oder die Aufhebung von rechtswidrigen Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane,
- ein neues aufsichtsrechtliches Instrumentarium zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands unterhalb der Eingriffsschwelle für die Einsetzung eines Staatskommissars (entsandte Person für besondere Angelegenheiten),
- die Stärkung der Aufsichtsbefugnisse in Bezug auf Arbeitsgemeinschaften,
- abweichende Vorgaben vom Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz (VwVG) im Hinblick auf die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen, um ein erheblich höheres Zwangsgeld zu ermöglichen.

Die speziellen Mitwirkungs- und Aufsichtsbefugnisse des BMG gegenüber dem G-BA hinsichtlich seiner gesetzlichen Aufgaben zum Erlass von Richtlinien und anderen normativen Entscheidungen werden berücksichtigt. Die geltenden Regeln für die Genehmigung der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA sowie für die Prüfung und Beanstandung seiner Richtlinien nach den §§ 91 und 94 werden mit den neuen Regeln der allgemeinen staatlichen Rechtsaufsicht abgestimmt, die auch für den G-BA gelten sollen. Bei der Übertragung der neuen Aufsichtsinstrumente auf den G-BA bleiben die geltenden, über die bloße Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehenden Einwirkungsmöglichkeiten des BMG im Rahmen der Genehmigung von Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA erhalten.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz beschränkt sich auf die für die Stärkung der Selbstverwaltung und der Aufsicht über die Spitzenverbände nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch wesentlichen Regelungen. Soweit möglich, überlässt es die nähere Ausgestaltung den Selbstverwaltungskörperschaften, beispielsweise durch die Vorgabe von weiteren Mindestinhalten von Satzungsregelungen. Daneben wird zur Verwaltungsvereinfachung beigetragen, indem die Befugnisse der Aufsichtsbehörden gegenüber den auf Bundesebene gebildeten Spitzenverbänden nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch vereinheitlicht werden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die betroffenen Spitzenverbände nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch nehmen eine Schlüsselrolle bei der Verwirklichung der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wahr. Für die Gewährleistung dieser Versorgung ist es unerlässlich, die Selbstverwaltungsstrukturen dieser Körperschaften zu stärken und gleichzeitig stringenter Strukturen für die Führung der Rechtsaufsicht über diese Körperschaften zu bilden. Durch diesen Doppelansatz kann gewährleistet werden, dass im Fall der Unvereinbarkeit des Handelns einer der betroffenen Körperschaften mit Recht und Gesetz, derartige Sachverhalte schnell und umfassend beseitigt werden können und diese Körperschaften ordnungsgemäß und zuverlässig ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen können.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Einmalige Haushaltsausgaben in nicht quantifizierbarer sehr geringer Höhe könnten den betroffenen Körperschaften durch die Umsetzung von Informations- und Berichtspflichten von Mitgliedern der Organe entstehen. Die entstehenden Zusatzkosten werden aber aller Voraussicht nach sehr gering sein, da sich die Umsetzung der Informations- und Berichtspflichten im Rahmen von bereits jetzt turnusgemäß durchgeführten Organsitzungen vollzieht.

4. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwandes sowie der Belastungseffekte wurde die Lohnkostentabelle Verwaltung (Anhang VII, S. 46) des Leitfadens zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes (Stand: Oktober 2012) zugrunde gelegt. Die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird, u. a. durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wahrgenommen. Diese Spitzenorganisationen nehmen Aufgaben nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wahr.

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Auf Bundesebene entstehen jährliche Belastungen der Verwaltung in Höhe von rund 55 500 Euro. Einmalige Belastungen der Verwaltung auf Bundesebene entstehen in Höhe von rund 1 700 Euro. Auf Landesebene entsteht kein Erfüllungsaufwand der Verwaltung.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher, da sie sich ausschließlich an die Spitzenorganisationen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie deren Organe und Organmitglieder als Regelungsadressaten richten.

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil die Regelungen des Gesetzes nicht auf spezifische Lebenssituationen von Frauen oder Männern zielen. Beide sind von den Regelungen des Gesetzes in gleicher Weise betroffen. Auswirkungen auf die demografische Entwicklung ergeben sich aus den im Gesetz vorgenommenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen ist nicht vorgesehen. Eine Befristung wäre auch nicht zweckdienlich. Ziel der Maßnahmen dieses Gesetzes ist die dauerhafte Stärkung der Selbstverwaltungsorgane der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelten Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie eine dauerhafte Stärkung der Aufsicht über diese Spitzenorganisationen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 77)

Die bisherige Regelung in Absatz 3 Satz 2 sieht vor, dass angestellte Ärzte nur dann Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung werden, wenn sie mindestens halbtags beschäftigt sind. Wegen der fehlenden gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bezugsgröße einer wöchentlichen Arbeitszeit bei angestellten Ärzten außerhalb von Krankenhäusern wurde die Regelung nicht einheitlich ausgelegt. Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten unterschiedliche Regelungen zum notwendigen Umfang einer Halbtagsbeschäftigung. Die Voraussetzung der mindestens halbtägigen Beschäftigung wird daher durch die Voraussetzung einer Wochenarbeitszeit von mindestens zehn Stunden ersetzt. Diese Stundenzahl ist angelehnt an die Vorgaben nach § 17 Absatz 1a Bundesmantelvertrag, wonach ein Vertragsarzt mit einem halben Versorgungsauftrag mindestens zehn Sprechstunden wöchentlich zur Verfügung stehen muss. Damit soll erreicht werden, dass künftig sämtliche in einem zeitlich erheblichen Umfang angestellte Ärztinnen und Ärzte Mitglieder der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden. Mit der Festlegung einer wöchentlichen Mindestbeschäftigungszeit von zehn Stunden von angestellten Ärztinnen und Ärzten wird zudem der stetig steigenden Zahl von angestellten Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung Rechnung getragen. Das Erfordernis von zehn Stunden Wochenarbeitszeit soll andererseits aber auch gewährleisten, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte nur dann Mitglied in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden, wenn der Umfang der ärztlichen Tätigkeit so gewichtig ist, dass Mitgliedschaft und Wählbarkeit innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung gerechtfertigt sind. Maßgeblich für die Bestimmung der wöchentlichen Arbeitszeit sind die jeweiligen Regelungen von Arbeitsvertrag oder anwendbarem Tarifvertrag.

Zu Nummer 2 (§ 77b)

Die Gründung und Beteiligung an Einrichtungen ist bereits nach geltendem Recht für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 85 Absatz 1 Satz 2 SGB IV in Verbindung mit § 78 Absatz 3 Satz 3 (neu § 78 Absatz 5 Satz 2) gegenüber der Aufsichtsbehörde anzeigepflichtig. Nach § 85 Absatz 1 Satz 2 SGB IV ist die Beteiligung und Gründung von Einrichtungen nur zulässig, wenn der Zweck der Einrichtung den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dient. Da eine Einrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen rechtlich nicht mehr bewirken kann, als die an Recht und Gesetz gebundene Körperschaft selbst, ist die Einrichtung an den Kompetenzrahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gebunden. Die Einrichtung stellt insofern lediglich einen verlängerten Arm der Körperschaft dar, der stets den Bereich der den Kassenärztli-

chen Bundesvereinigungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übertragenden Aufgaben zu wahren hat. Weitere materielle Vorgaben für die Einrichtungen ergeben sich aus den Bestimmungen der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung, die auch für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gelten.

Angesichts der in der Praxis zum Teil weit entwickelten Teilnehmungsformen werden die Regelungen über die Teilnehmung an Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften, an denen die Spitzenverbände der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmend sind, weiterentwickelt. In der Aufsichtsführung auf Bundesebene hat sich gezeigt, dass es klarerer Vorgaben insbesondere im Hinblick auf die Transparenz und Kontrolle über die Teilnehmungsgesellschaften bedarf. Dies wird durch die Neueinfügung des § 77b bezweckt.

Um der Vertreterversammlung als zuständiges Kontrollorgan eine ausreichende Informationsgrundlage für die Entscheidung über Errichtungen, Übernahmen oder wesentliche Erweiterungen von Einrichtungen sowie Teilnehmungen an Einrichtungen zu ermöglichen, wird in § 77b Absatz 1 eine spezielle Unterrichtungspflicht des Vorstandes gegenüber der Vertreterversammlung über die Chancen und Risiken der beabsichtigten Betätigung geregelt. Diese Unterrichtungspflicht soll gewährleisten, dass die Vertreterversammlung auf der Basis nachvollziehbarer Daten über die Teilnehmung oder die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung entscheiden kann. Eine Entscheidung über eine Teilnehmung an oder über die Errichtung, Übernahme oder die wesentliche Erweiterung von einer Einrichtung kann nur auf Basis einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung als Planungsinstrument erfolgen. Bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen ist die nach den Erfordernissen des Einzelfalls geeignete Darstellung und Berechnung anzuwenden. In Bezug auf die Teilnehmung an einer Einrichtung sind der Vertreterversammlung daher zukünftig auch vor der Entscheidung insbesondere die Finanzdaten der Einrichtung und sonstige für die Teilnehmung relevante Daten vorzulegen. Die Entscheidung des Vorstandes über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von sowie die Teilnehmung an Einrichtungen bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung.

In § 77b Absatz 2 wird die Verpflichtung zur Erstellung eines jährlichen Teilnehmungsberichtes geregelt. Das aus der rechtlichen und organisatorischen Verselbstständigung der Teilnehmungsgesellschaften folgende höhere Maß an Autonomie bei der Aufgabenerfüllung führt regelmäßig zu einem Informationsverlust der Vertreterversammlung. Dies gilt beispielsweise für die bei den Teilnehmungsgesellschaften entstehenden Verluste, die sich nicht in den Haushalten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wieder finden. Im Hinblick auf die Funktion der Vertreterversammlung als dem zentralen Willensbildungs- und Beschlussorgan der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist dieses Informationsdefizit durch einen jährlichen Bericht zu kompensieren (§ 77b Absatz 2). Der Teilnehmungsbericht soll Aufschluss über die Tätigkeit der Einrichtung geben, damit die Vertreterversammlung in die Lage versetzt wird zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Teilnehmung insbesondere im Hinblick auf den (fortbestehend) zulässigen Tätigkeitszweck sowie im Hinblick auf die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gegeben sind. Dabei sind auch Informationen zu geben, die Aufschluss über die Teilnehmung der Einrichtung an weiteren Einrichtungen (Tochter- bzw. Enkelgesellschaften) und darüber geben, ob die Tätigkeiten der Unterbeteiligungen der Erfüllung der gesetzlich übertragenen Aufgaben der Körperschaft dienen. Ein Informationsbedürfnis besteht auch hinsichtlich der Vergütungen, die an die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Gremienmitglieder der Einrichtung für ihre Tätigkeit in der Einrichtung gezahlt werden. Daher sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen verpflichtet, darauf zu achten, dass z. B. die Satzung oder der Vertrag zur individualisierten Offenlegung der Bezüge der Geschäftsführung, des Aufsichtsrats, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung verpflichtet. Diese Informationen müssen Teil des der Vertreterversammlung jährlichen zu übermittelnden Berichts sein. Wurden bereits entsprechende Verträge abgeschlossen, so gilt die Pflicht zur Offenlegung auch für diese.

Der Bericht ist der Aufsichtsbehörde und der Vertreterversammlung spätestens bis zum 1. Oktober zu übermitteln.

Die Neuregelungen in § 77b Absatz 3 dienen der Sicherung der Aufsichtsrechte. Eine Arbeitsgemeinschaft kann und darf rechtlich nicht mehr bewirken als die an Recht und Gesetz gebundenen Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Durch die Auslagerung von Aufgaben auf die Gesellschaft des privaten Rechts darf die aufsichtsrechtliche Prüfung nicht umgangen werden. Es muss daher sichergestellt werden, dass die Aufsichtsbehörde auf Aufforderung alle Unterlagen und Auskünfte von der Arbeitsgemeinschaft erhält, die diese zur Ausübung der Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaft benötigt. Für Arbeitsgemeinschaften in Form von privatrechtlichen Gesellschaften ist die Anwendung von § 88 SGB IV in § 94 Absatz 3 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) und damit eine Unterrichtungspflicht bereits ausdrücklich normiert. Über diese Unterrichtungspflicht und die Pflicht zur Herausgabe von Unterlagen an die Aufsichtsbehörde hinaus soll für Beteiligungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an Arbeitsgemeinschaften nun geregelt werden, dass der Aufsichtsbehörde auch die Aufsichtsmittel gemäß § 89 SGB IV direkt gegenüber den Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung stehen. Damit wird es der Aufsichtsbehörde ermöglicht, die Arbeitsgemeinschaften bei festgestellten Rechtsverstößen aufsichtsrechtlich zu beraten und zu verpflichten, die Rechtsverstöße zu beheben. Bisher war die Aufsichtsbehörde darauf beschränkt, die Behebung von Rechtsverstößen gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzuordnen und durchzusetzen. Nun wird ein direkter Durchgriff auf die Arbeitsgemeinschaften und damit eine effektive Aufsichtsführung sichergestellt. Die Aufsichtsrechte beschränken sich dabei auf die Tätigkeiten der Arbeitsgemeinschaften und gewähren keinen direkten Zugriff auf die weiteren Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften. In den Fällen, in denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an einer Arbeitsgemeinschaft mit Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt sind, führt das BMG in Abstimmung mit den für die übrigen Mitglieder zuständigen Aufsichtsbehörden die Aufsicht (vgl. 77 Absatz 6 Satz 1 in Verbindung mit § 94 Absatz 2 SGB X).

In § 77b Absatz 4 wird geregelt, dass die erweiterten Pflichten des § 77b Absatz 1 und 2 auch für Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie für Arbeitsgemeinschaften gelten, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind. Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 2 SGB X sind eine besondere Art der Beteiligungsgesellschaften. Bei ihnen besteht dasselbe Informations- und Kontrollbedürfnis wie bei anderen Beteiligungsgesellschaften.

Zu Nummer 3 (§ 78)

Zu Buchstabe a

Der bisherige § 78 Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen findet sich die Regelung künftig in § 78 Absatz 7. Auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen findet künftig der neue § 78 Absatz 5 Anwendung, der im Vergleich zur bisherigen Rechtslage eine Stärkung der Rechtsaufsicht enthält. Die bisher in Absatz 3 Satz 3 enthaltene Verweisungskette für die Kassenärztlichen Vereinigungen wird aus redaktionellen Gründen in Absatz 7 neugefasst und ein technischer Verweisungsfehler (§ 79 SGB IV statt § 79a SGB IV) korrigiert.

Zu Buchstabe b

In § 78 Absatz 4 werden abweichend vom VwVG höhere Zwangsgelder für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen festgelegt. Nach § 11 VwVG besteht für die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, ein Zwangsgeld von bis zu 25 000 Euro zu verhängen. Dies ist zur Durchsetzung eines Verpflichtungsbescheids gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ineffizient und nicht zielführend. Die Obergrenze für ein im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zwangsmaßnahmen möglicherweise festzusetzendes Zwangsgeld

bei der Vollstreckung aufsichtsrechtlicher Verfügungen soll daher in Orientierung an § 71 Absatz 6 erfolgen. Die Betragshöhe von 10 000 000 Euro gibt den maximalen Rahmen für ein etwaiges, nur im Ausnahmefall in Betracht kommendes Zwangsgeld vor. Über die angemessene Höhe im konkreten Einzelfall wäre unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu entscheiden.

In § 78 Absatz 5 werden Grundsätze zur Finanzierung der Verwaltungskosten klargestellt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dürfen Beiträge bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nur insoweit erheben, als dies für die Deckung der Kosten für die gesetzlichen Tätigkeiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erforderlich ist.

Zu den Verwaltungskosten zählen auch die Betriebsmittel, soweit sie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen erforderlich sind. Anders als die Sozialversicherungsträger, bei denen das Risiko von Liquiditätsschwankungen aufgrund ihrer Eigenschaft als Leistungsträger höher ist, haben Einnahme- und Ausgabeschwankungen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine untergeordnete Bedeutung. Der größte Teil der Ausgabenseite sind planbare Verwaltungskosten (z. B. Personal), die zu einer überwiegend stabilen Ausgabensituation beitragen. Entsprechendes kann auch für die Einnahmeseite angenommen werden. Auch hier ist bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen von keinen Einnahmeausfällen auszugehen. Anders als die für Krankenkassen geltende Rechtslage werden Betriebsmittel für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen daher in Höhe einer einfachen Monatsausgabe vorgesehen. Eine Begrenzung ist erforderlich, um der (unzulässigen) Vermögensbildung über den Weg der Betriebsmittel zu begegnen.

Rücklagen sind zulässig, wenn sie angemessenen und für einen vorhersehbaren Bedarf zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben erforderlich sind.

Es obliegt den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Erforderlichkeit und Höhe einer Rücklagenbildung darzulegen. Auch wenn die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die von ihnen erhobenen Beiträge und anderweitige zur Verfügung stehende Einnahmen im Rahmen einer geordneten Haushalts- und Wirtschaftsführung zur Bildung „angemessener Rücklagen“ verwenden dürfen, ist ihnen damit aber weder nach Art und Höhe der Rücklagen ein Freibrief erteilt. Ob im Einzelfall die Grenze der Bildung „angemessener Rücklagen“ hin zu einer unzulässigen Vermögensbildung überschritten ist, lässt sich nur im Einzelfall feststellen. Angemessen ist eine Rücklage dann, wenn sie sich auf das zur Erfüllung des definierten Zwecks notwendige Maß beschränkt. Eine in der Höhe sachlich nicht zu rechtfertigende Rücklage kommt einer unzulässigen Vermögensbildung gleich. Eine überhöhte Rücklage darf nicht gebildet werden und muss auf ein zulässiges Maß zurückgeführt werden. Die Entscheidung über eine Rücklage muss im Rahmen des Haushaltsplans jedes Jahr neu geprüft und entschieden werden. Ein Haushaltsplan ist nicht nur dann rechtswidrig, wenn er eine überhöhte Rücklagenbildung vorsieht, sondern auch dann wenn er eine überhöhte Rücklagenbildung beibehält. Eine nicht erforderliche Rücklage bzw. eine unzulässige Vermögensbildung ist für eine Stabilisierung oder Senkung der Verwaltungskostenumlage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (Beitrag) einzusetzen oder an die Mitglieder zurück zu zahlen.

Für die Anlage der Rücklage wird der für alle Sozialversicherungsträger geltende Katalog von Anlagemöglichkeiten in § 83 SGB IV auch für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen als verbindlich festgelegt. Diese Beschränkung auf bestimmte Anlageformen ergänzt den Grundsatz in § 80 Absatz 1 SGB IV, wonach Mittel sicher, rentabel und liquide anzulegen sind.

Es wird auch klargestellt, dass Fremdmittel (Bankkredite) zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht eingesetzt werden dürfen. Dieses Verbot ist sachliche Konsequenz aus der beitragszentrierten Finanzordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Daher

ist ein Verweis auf die für die Sozialversicherungsträger geltende Vorschrift des § 220 Absatz 1 Satz 2 ergänzt worden.

Die Bildung von Rückstellungen zur Altersversorgung wird durch die Neuregelung nicht beschränkt. Die Vermögenswerte werden dem Verwaltungsvermögen und nicht den Betriebsmitteln zugeordnet. Die Zuführung zu den Rückstellungen zählt zu den laufenden Ausgaben und wird durch die Betriebsmittel gedeckt.

Der bisher nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen geltende § 305b wird auch auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erstreckt. Danach sind die Jahresrechnungsergebnisse zu veröffentlichen.

Mit dem neuen § 78 Absatz 6 werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mindestens alle fünf Jahre zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung verpflichtet. Die Regelung ersetzt die bisher als besondere aufsichtsrechtliche Prüfung ausgestaltete Aufgabe des BMG nach § 274 Absatz 1, die auf das Bundesversicherungsamt übertragen wurde, durch die externe Prüfung der genannten Einrichtungen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen diese Prüfung durch unabhängige externe Prüfeinrichtungen durchführen lassen. Dies können Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaften oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien sein. Spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien sind insbesondere solche, die einen Schwerpunkt in der Beratung von (öffentlichen) Einrichtungen in Wirtschafts- und Compliance-Fragen haben. Dabei dürfen die Prüfeinrichtungen des letzten Jahresabschlusses nach § 77 Absatz 1a SGB IV nicht gleichzeitig auch die Prüfeinrichtungen nach § 78 Absatz 6 sein. Damit soll zum einen der Pluralität der Prüfeinrichtungen Rechnung getragen sowie der Gefahr von Monopol-Prüfern im Gesundheitswesen entgegengewirkt werden. Zum anderen wird dadurch ein weiterer – über die Jahresabschlussrechnungsprüfung hinaus – unabhängiger Blick auf den Geschäftsbetrieb der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewährleistet. Weiterhin kann die Prüfung nicht in Folge von derselben Prüfeinrichtung durchgeführt werden. Durch diese verpflichtende Rotation wird die Unabhängigkeit der Prüfung gestärkt sowie der Pluralität der Prüfeinrichtung Rechnung getragen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind verpflichtet, vor der Beauftragung ein Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde herbeizuführen.

Zu Nummer 4 (§§ 78a und 78b)

Zu § 78a

Mit der Neuregelung in § 78a wird für bestimmte Fallkonstellationen ein effektives, gestrafftes und klar umschriebenes aufsichtsrechtliches Verfahren vorgegeben. Im Bereich der Sozialversicherungsträger gibt es bereits spezielle Rechtsgrundlagen, die z. B. die ersatzweise Vornahme von Beschlüssen bzw. Satzungsänderungen durch die Aufsichtsbehörde anstelle des Selbstverwaltungsorgans vorsehen (z.B. § 195, § 114 Absatz 2 und § 147 Absatz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch). Auch im kommunalen Bereich kann die Aufsichtsbehörde z. B. rechtswidrige Beschlüsse des Rates aufheben.

In der Praxis hat sich die Durchsetzung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bei unverhältnismäßigen Handlungen insbesondere dann als ineffizient erwiesen, wenn zur Behebung der Rechtsverletzung ein Beschluss des Selbstverwaltungsorgans erforderlich ist. Die Durchsetzung von Verpflichtungsbescheiden gemäß § 89 SGB IV durch Anordnung eines Zwangsgeldes ist in diesen Fällen wenig zielführend. Anstelle der Möglichkeit, bei solchen Fallkonstellationen § 79a analog anzuwenden, sollen mit der Neuregelung in § 78a für den Bereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen spezielle Ermächtigungsgrundlagen für aufsichtsrechtliche Maßnahmen mit einem klaren Anwendungsbereich und einem rechtssicheren Verfahren geregelt werden.

Im Verhältnis zu § 89 SGB IV sowie § 79a handelt es sich um (vorrangige) Sonderregelungen. In allen Fällen werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zunächst durch

eine Anordnung mit Fristsetzung auf die Rechtsverletzung hingewiesen und es wird ihnen die Gelegenheit gegeben, durch einen entsprechenden Beschluss im Wege der Selbstverwaltung selbst Abhilfe zu schaffen. Erst wenn die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dieser Anordnung nicht nachkommen, kann die Aufsichtsbehörde selbst handeln. Eine Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn der Gesetzgeber selbst eine Frist vorgegeben hat, in der ein Beschluss zu fassen ist. In diesen Fällen kann die Aufsichtsbehörde – nach Ablauf der gesetzlichen Frist – unmittelbar den Beschluss ersetzen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht der bereits für die Krankenkassen gemäß § 195 geltenden Rechtslage. Die Regelung gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, notwendige Änderungen der Satzung anzuordnen und ggf. durch Ersatzvornahme durchzusetzen, wenn die genehmigte Satzung sich als änderungsbedürftig erweist, weil einzelne Bestimmungen mit dem geltenden Recht nicht (mehr) vereinbar, obsolet geworden oder inhaltlich anzupassen sind oder weil eine notwendige Satzungsregelung nicht getroffen ist. Dabei ist unerheblich, ob die Satzung von vornherein nicht hätte genehmigt werden dürfen oder ob sie erst nach der Genehmigung änderungsbedürftig wurde.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Fall, dass zur Umsetzung gesetzlicher Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen Beschlüsse der Vertreterversammlung erforderlich sind. Um zu verhindern, dass die erforderlichen Maßnahmen durch das Verhalten der Vertreterversammlung verhindert werden können, erhält die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, entsprechende, notwendige Beschlüsse zu ersetzen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird die Fallkonstellation geregelt, dass ein Beschluss der Vertreterversammlung gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geltendes Recht verstößt und daher ein Aufhebungsgrund besteht. Um zu verhindern, dass solche Beschlüsse trotz Beanstandung umgesetzt werden, wird zudem geregelt, dass der Vollzug mit dem Zugang einer entsprechenden Anordnung der Aufsichtsbehörde untersagt ist. Bereits getroffene Maßnahmen müssen rückgängig gemacht werden. Hiermit wird dem suspendierenden Charakter einer Beanstandung Rechnung getragen. Im Übrigen entspricht dies auch der Rechtslage bei Beanstandungen im kommunalen Bereich.

Zu Absatz 4

Um zu verhindern, dass ein gesetzmäßiger Zustand nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung wiederhergestellt werden kann, und um die Effektivität des aufsichtsrechtlichen Vorgehens zu steigern, haben Klagen gegen die aufsichtsrechtlichen Maßnahmen keine aufschiebende Wirkung.

Zu § 78b

Mit der Neuregelung in § 78b wird ein neues aufsichtsrechtliches Instrumentarium geschaffen, mit dem die Aufsichtsbehörde Maßnahmen zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands unterhalb der Eingriffsschwelle für die Einsetzung eines Beauftragten nach § 79a und ohne „Entmachtung“ der Organe im Außenverhältnis ergreifen kann. Das Instrument einer „entsandten Person für besondere Angelegenheiten“ bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen soll es der Aufsichtsbehörde im Rahmen von Aufsichtsverfahren ermöglichen, zeitnah und flexibel auf externen Sachverstand zurückzugreifen und der entsandten Person bestimmte Aufgaben bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu übertragen. Diese besondere aufsichtsrechtliche Maßnahme trägt der Eigenverantwortung der Selbstverwaltung Rechnung, da sie die Verantwortung zur Wiederher-

stellung des rechtmäßigen Zustands in ihren Händen belässt und lediglich zur Sicherung der erforderlichen Maßnahmen einen besonderen Experten entsenden kann.

Voraussetzung für die Entsendung einer solchen Person ist die Gefährdung der ordnungsgemäßen Verwaltung. Das Gesetz zählt hierfür beispielhaft Fälle auf, in denen eine solche Gefährdung angenommen werden kann. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn Mitglieder des Vorstandes ihren Pflichten zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung nicht ausreichend nachkommen, indem sie z. B. interne oder externe Maßnahmen ergreifen, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen, oder auch Handlungen vornehmen, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen. Auch die Nicht-Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder die Notwendigkeit einer Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder kann eine Entsendung rechtfertigen.

Gerade im letztgenannten Fall ist die Unterstützung und Begleitung durch eine externe Person notwendig und sachgerecht, um zu verhindern, dass interne Loyalitätskonflikte mit amtierenden oder ehemaligen Organmitgliedern zu Lasten einer neutralen Prüfung in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht gehen und damit möglicherweise weitere Schäden für die Körperschaft verursacht werden. Die Unterstützung dient daher auch dazu, die Körperschaft durch die Einbindung einer externen Person vor weiteren Schäden oder Organstreitigkeiten zu schützen, die zu Lasten der Arbeitsfähigkeit und der Glaubwürdigkeit der Körperschaft gehen würden.

Im Gegensatz zu § 79a handelt es sich hier um Fallkonstellationen, in denen zunächst eine externe Unterstützung durch eine neutrale Person ausreichend erscheint und eine Entbindung des Vorstandes von seinen Rechten und Pflichten im Außenverhältnis nicht erforderlich ist. § 78b ist gegenüber der Regelung in § 79a sowie den allgemeinen Aufsichtsmitteln nach den §§ 88 und 89 SGB IV ein Aufsichtsmittel eigener Art und ergänzt das bestehende Aufsichtsrecht. Die Aufsichtsbehörde kann je nach Einschätzung des konkreten Sachverhaltes von allen ihr zur Verfügung stehenden Aufsichtsmitteln das angemessene und effektivste Aufsichtsmittel wählen.

Die Aufsichtsbehörde legt den Inhalt des Auftrags und die konkreten Befugnisse durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen fest. Dabei können für unterschiedliche Bereiche auch mehrere entsandte Personen eingesetzt werden. Dies können sowohl natürliche als auch juristische Personen sein. Anders als in den Fällen des § 79a erhält die entsandte Person nicht die Stellung des Organs, für das sie handelt. Die Vertretungsbefugnis der Organe nach außen wird nicht berührt. Durch die Einsetzung der entsandten Person wird dem geltenden Verhältnismäßigkeitsprinzip entsprochen und eine im Vergleich zur umfassenden Ermächtigungsgrundlage des § 79a mildere Maßnahme ermöglicht, weil die entsandte Person kein Organ der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ersetzt.

Die entsandte Person ist gegenüber der Aufsichtsbehörde weisungsgebunden. Die Kosten einschließlich der zu gewährenden Auslagen tragen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Hierzu gehören auch die Kosten für eine Versicherung gegen Haftungsfälle im Rahmen der Ausübung der Entsendung.

Zu Nummer 5 (§ 79)

Zu Buchstabe a

Die ordnungsgemäße Erfüllung der Kontrollpflichten der Vertreterversammlung setzt eine ausreichende Information der Mitglieder der Vertreterversammlung voraus. Angesichts der zum Teil komplexen Sachverhalte sind mündliche Berichte in den Sitzungen der Vertreterversammlung nicht geeignet, um die Notwendigkeit der Information sachgerecht zu erfüllen. Es ist daher erforderlich, dass die Mitglieder der Vertreterversammlung verlangen

können, über wesentliche, in ihren Aufgabenbereich fallende Sachverhalte rechtzeitig, umfassend und schriftlich informiert zu werden. Das Recht, einen Bericht zu verlangen, steht dabei sowohl der Vertreterversammlung als Kollektiv (Mehrheitsbeschluss) zu, kann aber auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen in der Vertreterversammlung geltend gemacht werden. Adressat des Berichts ist die Vertreterversammlung. Der Begriff „Angelegenheiten der Körperschaft“ im Sinne dieser Vorschrift ist weit zu verstehen. Hierunter fallen beispielsweise solche Sachverhalte, die finanzielle Auswirkungen auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben, aber auch solche, die das Interesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an einer interessenkonfliktfreien Tätigkeit von Mitgliedern des Vorstandes oder der Vertreterversammlung betreffen können. Gegenstand der Berichte können auch Informationen über die Inanspruchnahme von Beratungsdienstleistungen Dritter durch den Vorstand oder durch einzelne Vorstandsmitglieder sein.

Nach dem geltenden Recht ist in § 79 Absatz 3 Satz 2 ein umfassendes Einsichts- und Prüfrecht der Vertreterversammlung in alle Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt. Dieses Informationsrecht ist notwendig, damit die Vertreterversammlung die ihr übertragene Überwachungsfunktion gegenüber dem Vorstand wahrnehmen kann und diese Überwachungsfunktion durch die Vertreterversammlung gewährleistet ist. Die Vertreterversammlung kann diese Befugnis jederzeit ausüben und bedarf dazu keines besonderen Anlasses. Sie muss die Ausübung dieser Befugnis gegenüber dem Vorstand nicht begründen. Der Vorstand ist verpflichtet, der Vertreterversammlung oder dem mit dieser Funktion betrauten Ausschuss alle erbetenen Unterlagen vorzulegen und nähere Auskünfte über die entsprechenden Geschäftsvorgänge zu erteilen. Prüf- und Informationsrechte sind Grundlage für eine ordnungsgemäße Ausübung der Kontrollrechte der Vertreterversammlung. Daher wird zur Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder ergänzend zu dem Kollektivrecht der Vertreterversammlung auch das Prüf- und Informationsrecht einer Minderheit von 25 Prozent der abgegebenen Stimmen der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt.

Darüber hinaus hat der Vorstand die Vertreterversammlung über seine Nebentätigkeiten in ärztlichen Organisationen zu informieren. Dies dient der Transparenz über die Vorstandstätigkeit und damit im Ergebnis der Vermeidung von Interessenkonflikten.

Zu Buchstabe b

Die Einfügung der Absätze 3b bis 3d dient der Stärkung der Kontrollbefugnisse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegenüber dem hauptamtlichen Vorstand sowie der Stärkung der Transparenz des Handelns beider Organe.

In Absatz 3b wird geregelt, dass die Beschlüsse der Vertreterversammlung nachvollziehbar zu begründen sind. Die Bestimmung dient der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Entscheidungsfindung dieses Organs. Im Einzelfall – durch Beschluss der Vertreterversammlung oder auch generell – wenn die Vertreterversammlung hierzu eine Regelung in der Satzung getroffen hat – ist ein Wortprotokoll über die Sitzung zu erstellen. Für einen solchen Beschluss ist keine qualifizierte Mehrheit vorgeschrieben, so dass hierfür nach den Satzungsregelungen der Körperschaften die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen ausreicht. Ziel ist es, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit über die Diskussion und die Entscheidungsgrundlagen der Vertreterversammlung zu verbessern. Zudem wird geregelt, dass die Sitzungen der Vertreterversammlung öffentlich sind. Die Öffentlichkeit kann nur in besonderen Fällen ausgeschlossen werden. Abstimmungen erfolgen grundsätzlich nicht geheim. Durch eine geheime Abstimmung wird das Abstimmungsverhalten des einzelnen Mitglieds der Vertreterversammlung verdeckt, das eine entscheidende Rolle für dessen individuelle Haftung spielt. Zur Stärkung der Verantwortung der Mitglieder der Vertreterversammlung soll das Prinzip der vertrauensvollen, sachbezogenen und offenen Auseinandersetzung gefördert werden. Sachverhalte, in denen eine geheime Abstimmung in Betracht kommt, sind in der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereini-

gungen zu regeln (§ 81 Absatz 1a Nummer 6). Zudem sollte in jedem Einzelfall der Beschluss der Vertreterversammlung über eine geheime Abstimmung schriftlich begründet werden.

In Absatz 3c wird geregelt, dass Werk- und Dienstverträge mit Mitgliedern der Vertreterversammlung der Zustimmung der Vertreterversammlung bedürfen. Dies dient der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Überwachung des Vorstandes durch die Vertreterversammlung. Andernfalls könnte der Vorstand durch den Abschluss entsprechender Verträge Mitglieder der Vertreterversammlung beeinflussen. Entsprechende Transparenzvorschriften finden sich auch für Werk- und Dienstverträge mit Mitgliedern der Kontrollorgane bei juristischen Personen des Privatrechts (z. B. § 114 des Aktiengesetzes). Es wird zudem geregelt, dass gezahlte Vergütungen zurück zu gewähren sind, wenn keine Zustimmung der Vertreterversammlung vorliegt. Die Vertreterversammlung kann diese Verträge auch nachträglich genehmigen. In diesen Fällen besteht kein Rückgewähranspruch. Beraterverträge müssen den compliance-rechtlichen Anforderungen im Übrigen entsprechen. Schließlich enthält die Regelung ein Aufrechnungsverbot, um zu verhindern, dass die Geltendmachung des Rückgewähranspruchs durch Streitigkeiten über Bestand und Höhe des Bereicherungsanspruchs belastet wird.

In Absatz 3d wird geregelt, dass die Höhe der Entschädigungen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigungen an die ehrenamtlichen Mitglieder der Vertreterversammlung zahlen, einschließlich Nebenleistungen zu veröffentlichen sind. Hiermit soll auch in diesem Bereich die notwendige Transparenz geschaffen werden, die erforderlich ist, weil es sich um den Einsatz auf gesetzlicher Grundlage erhobener öffentlicher Mittel handelt. Auf diese Weise wird dem Informationsbedürfnis sowohl der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen als auch der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und auch der Öffentlichkeit Rechnung getragen.

Zu Buchstabe c

Abweichend von Satz 1 wird für die KBV festgelegt, dass der Vorstand aus drei Mitgliedern besteht. Darüber hinaus wird klargestellt, dass bei Meinungsverschiedenheiten der Vorstand mit der Mehrheit der Mitglieder entscheidet. Kommt es z. B. durch eine Stimmenthaltung zu einer Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende. Dies entspricht der Regelung in § 35a Absatz 1 Satz 4 SGB IV.

Mit den Regelungen wird den Besonderheiten bei der KBV Rechnung getragen, die insbesondere von den unterschiedlichen Interessen der fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung geprägt ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei einem Vorstand, der lediglich aus zwei Mitgliedern besteht, bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vorstandsmitgliedern zwangsläufig eine Versorgungsebene überstimmt ist. Mit der Festlegung eines aus drei Mitgliedern bestehenden Vorstandes wird der Konfliktlösungsmechanismus des Letztentscheidungsrechtes durch eine Mehrheitsentscheidung ersetzt. Dies soll einem sachgerechten Ausgleich der Interessen in der KBV dienen und insbesondere die Akzeptanz der Entscheidungen des Vorstandes erhöhen.

Die neue Zusammensetzung des Vorstandes dient dem Interessenausgleich der unterschiedlichen Versorgungsebenen, der Stärkung der Kooperation der Vorstandsmitglieder und damit der Funktionsfähigkeit der KBV.

Zu Buchstabe d

Es wird geregelt, dass die Aufsichtsbehörde vor Erteilung der Zustimmung zum Vorstandsdienstvertrag verlangen kann, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine unabhängige Prüfung der finanziellen Auswirkungen des Vorstandsdienstvertrages vornehmen lassen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen auf der Grundlage der vorgenommenen Prüfung darlegen können, dass der Vertrag mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmt, das bedeutet sowohl im Hinblick auf die Vergütung als

auch im Übrigen angemessen und im Hinblick auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vertretbar ist.

Zu Buchstabe e

Mit der Regelung in Absatz 7 wird die Verpflichtung des Vorstandes zur Implementierung und Sicherung einer Verwaltungsorganisation ausdrücklich gesetzlich verankert. Die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Pflicht zur Organisation des Verwaltungshandelns, um eine risikoadäquate, vermögensschonende Verwaltung sicherzustellen. Die Verpflichtung dient dem Ziel, Rechtsverstöße zu vermeiden, der Entstehung von Gefahren oder Risiken für einen Verstoß gegen die Grundsätze der ordnungsgemäßen Verwaltung entgegen zu wirken und – bei dem Verdacht von bereits stattgefundenen Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften – für eine der Körperschaft entsprechende angemessene Aufklärung, Reaktion, Risikoabsicherung und Schadensbewältigung zu sorgen. Andere wesentliche Vorschriften sind z. B. die Geschäftsordnungen oder interne Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Organisationspflicht immanent sind auch die Ziele, eine zivilrechtliche Haftung, eine aufsichtsrechtliche Beanstandung oder eine strafrechtliche Sanktionierung der Körperschaft bzw. ihrer Organe zu vermeiden.

Zu Nummer 6 (§ 79a)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung erfolgt, da die Rechtsgrundlagen zum Selbsteintritt der Aufsichtsbehörde bzw. zur Einsetzung eines Beauftragten bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nunmehr gesondert in den Absätzen 1a und 1b geregelt werden und sich der Absatz 1 nur noch auf die Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht.

Zu Buchstabe b

Absatz 1a entspricht der geltenden Rechtslage. Die Eingriffsbefugnis der Aufsichtsbehörde ist notwendig, um in den genannten Fällen die Funktionsfähigkeit der Körperschaften sicherzustellen. Dies gilt vor dem Hintergrund der besonderen Treuhänderfunktion der Körperschaften insbesondere für den Fall, dass das Vermögen gefährdende Entscheidungen getroffen bzw. beabsichtigt werden.

Es wird ergänzend klargestellt, dass die Übernahme der Aufgaben eines Organs sowohl ganz als auch teilweise erfolgen kann. Die Aufsichtsbehörde oder der Beauftragte kann auch zugleich für die Vertreterversammlung und den Vorstand tätig werden, insbesondere wenn schwerwiegende Rechtsverletzungen beider Organe zu beseitigen sind.

In Absatz 1b wird klargestellt, dass die Bestellung des Beauftragten nach Absatz 1a sowie die Festsetzung der Vergütung des Beauftragten durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erfolgen. Im Gegensatz zu § 78a erhält der Beauftragte in dem von der Aufsichtsbehörde bestimmten Umfang die Stellung des Organs, für das er die Geschäfte führt. In diesem Umfang sind die Organe von allen Rechten und Pflichten enthoben. Handelt es sich bei der Ersetzung um den Vorstand, ist es sachgerecht, dessen Vergütung entsprechend zu kürzen. Der Beauftragte ist verpflichtet, die Weisungen der Aufsichtsbehörde zu beachten, muss aber zugleich die Interessen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei seinen Handlungen wahren. Die Tätigkeit des Beauftragten endet, wenn der gesetzwidrige Zustand beseitigt bzw. der ordnungsgemäße Gang der Verwaltungsgeschäfte sichergestellt ist.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Bereinigung, da ein Widerspruchsverfahren nach § 78 Absatz Nummer 1 Satz 2 Nummer 2 des Sozialgerichtsgesetzes bei Verwaltungsakten von

obersten Landes- und Bundesbehörden grundsätzlich ohnehin nicht erforderlich ist. Zudem wird klargestellt, dass sich Absatz 2 sowohl auf die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bezieht.

Zu Nummer 7 (§ 80)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Regelung in Absatz 4 zur Möglichkeit der Abberufung eines (stellvertretenden) Vorsitzenden der Vertreterversammlung muss die Überschrift entsprechend angepasst werden.

Zu Buchstabe b

Für die KBV wird geregelt, dass ein Vorstandsmitglied eine in Bezug auf die Versorgungsbereiche innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung neutrale Person sein muss. Sie kann daher weder dem hausärztlichen Versorgungsbereich noch dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören. Dabei wird die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten der fachärztlichen Versorgung zugerechnet. Es kann sich dabei beispielsweise um einen Juristen, Ökonomen oder auch einen Arzt handeln.

Für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden wird außerdem eine 2/3-Mehrheit vorgegeben, um für die besondere Position des Vorstandsvorsitzenden eine breitere Legitimation und damit auch eine stärkere Akzeptanz durch die Vertreterversammlung zu schaffen. Die Legitimation der oder des Vorstandsvorsitzenden wird durch dieses Mehrheitserfordernis auf eine verlässliche, versorgungsbereichsübergreifende Grundlage gestellt. Für den Fall, dass die erforderliche qualifizierte Mehrheit nicht zustande kommt wird geregelt, dass die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen im dritten Wahlgang genügt.

Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

In § 80 Absatz 4 wird die Abberufung einer oder eines (stellvertretenden) Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei Vorliegen bestimmter gesetzlicher Voraussetzungen geregelt. Voraussetzung ist, dass das Vertrauen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu der Amtsführung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden aufgrund von objektiv nachprüfbaren, d. h. dem Beweis zugänglichen Tatsachen ausgeschlossen ist. Die das Vertrauen ausschließenden Tatsachen können sich dabei sowohl aus Amtspflichtverletzungen als auch aus erheblichen Mängeln in der Amtsführung ergeben. Gesetzlich genannt werden dabei insbesondere die Fälle, in denen die oder der Vorsitzende der Vertreterversammlung Pflichtverletzungen im Hinblick auf ihre oder seine Funktion als Willensvertreter/in der Vertreterversammlung oder als Informationsvermittler/in zwischen Vorstand und Vertreterversammlung begeht. Die gesetzlich aufgezählten Fallkonstellationen tragen der Funktion der oder des Vorsitzenden der Vertreterversammlung Rechnung. Diese oder dieser hat einerseits den Informationsfluss in das Plenum der Vertreterversammlung sicherzustellen (hinsichtlich der Tätigkeiten der Ausschüsse der Vertreterversammlung als auch hinsichtlich der Überwachung des Vorstandes), andererseits fungiert sie oder er als Willensvertreter/in der Vertreterversammlung als gesetzliche Vertreterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegenüber dem Vorstand der Körperschaft. Pflichtverletzungen, die mit diesen Funktionen im unmittelbaren Zusammenhang stehen, können der Abschluss von rechtsgeschäftlichen Vereinbarungen zwischen der Körperschaft und dem Vorstand ohne Beteiligung der zuständigen Gremien sein oder auch die fehlende Mitteilung einer pflichtwidrigen Handlung des Vorstandes an das Plenum der Vertreterversammlung. Mit dem Beschluss über die Abberufung der oder des Vorsitzenden oder der oder des stellvertretenden Vorsitzenden hat die Vertreterversammlung gleichzeitig eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu wählen

(konstruktives Misstrauensvotum). Dies dient der Gewährleistung einer kontinuierlichen Vertretung des Selbstverwaltungsorgans. Bei einer Abstimmung in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Stimmgewichtung nach § 79 Absatz 3a vorzunehmen. Kommt die erforderliche Mehrheit für die Abberufung der oder des Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden zustande, so endet deren oder dessen Amt als Vorsitzende/r oder stellvertretende/r Vorsitzende/r mit dem Beschluss über die Abberufung und der Neuwahl der Nachfolgerin oder des Nachfolgers.

Zu Nummer 8 (§ 81)

Die in dem neu eingefügten § 81 Absatz 1a geregelten weiteren Bestimmungen, die die Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu enthalten haben, haben das Ziel, sowohl die Transparenz als auch die Nachvollziehbarkeit der Willensbildung in der Vertreterversammlung und ihren Ausschüssen, denen die Vertreterversammlung die Erledigung einzelner Aufgaben übertragen hat, zu stärken. In den Satzungen sollen Regelungen getroffen werden, die für einen verbesserten Informationsfluss von den Ausschüssen der Vertreterversammlung in das Plenum der Vertreterversammlung sorgen. Weiterhin soll durch Satzungsregelungen bestimmt werden, in welchen eng begrenzten und klar benannten Ausnahmefällen eine geheime Abstimmung in Betracht kommen kann. Schließlich sind in der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Regelungen zu einer Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren aufzunehmen, um im Bedarfsfall zügige Einzelentscheidungen ohne den organisatorischen und finanziellen Aufwand einer außerordentlichen Vertreterversammlung treffen zu können.

Zu Nummer 9 (§ 91)

Zu Buchstabe a

Im Wege der Vereinheitlichung der Vorgaben für die auf Bundesebene maßgeblichen Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere im Bereich der Haushalts- und Wirtschaftsführung wird die bereits für die Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geltende Pflicht zur Veröffentlichung der Höhe der jährlichen Vorstandsvergütungen künftig auch auf die Vergütung der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA entsprechend übertragen.

Zu Buchstabe b

Entsprechend der mit diesem Gesetz eingeführten Aufsichtsmittel in besonderen Fällen wird das nach § 78a Absatz 1 und § 217g Absatz 1 vorgesehene Aufsichtsinstrument auf die Genehmigung der Geschäftsordnung und der Verfahrensordnung des G-BA übertragen. Der Genehmigungsvorbehalt nach § 91 Absatz 4 Satz 2 ist jedoch nicht auf eine bloße Rechtmäßigkeitsprüfung beschränkt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eröffnet ein solcher Genehmigungsvorbehalt, wenn Abweichendes nicht ausdrücklich bestimmt ist, der Aufsichtsbehörde regelmäßig besondere, über die Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehende Einwirkungsmöglichkeiten, um die Sicherstellung der Sozialversicherung als Ganzes unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch die Versicherungsträger zu ermöglichen. Das BMG ist demnach befugt, an der abstrakt-generellen Grundlegung der Bewertungsmaßstäbe für die Richtlinienbeschlüsse des G-BA und an der Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens in der Verfahrensordnung mit maßgeblichem Einfluss mitzuwirken (siehe Urteil des Bundessozialgerichts vom 6. Mai 2009, Az. B 6 A 1/08 R, Randnummer 49). Gegenüber § 78a Absatz 1 und § 217g Absatz 1 erfolgt deshalb eine Anpassung in der Gesetzesformulierung um klarzustellen, dass diese weitergehenden Mitwirkungsrechte des BMG in Bezug auf die Geschäftsordnung und die Verfahrensordnung erhalten bleiben. Die Befugnis des BMG, gegenüber dem G-BA die Erforderlichkeit von Änderungen der Geschäftsordnung und der Verfahrensordnung geltend zu machen, werden daher nicht auf die Fälle

beschränkt, in denen eine Genehmigung wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht versagt werden müsste oder nicht hätte erteilt werden dürfen. Stattdessen umfassen sie insbesondere auch die Fälle, in denen das BMG zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise des G-BA in der Geschäftsordnung oder zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens einschließlich der Bewertungsmaßstäbe in der Verfahrensordnung entsprechende Änderungen als erforderlich ansieht. Die konkrete Regelung in § 91 Absatz 4 ist eine Spezialregelung gegenüber der im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch enthaltenen allgemeinen Regelungssystematik zu Rücknahme und Widerruf von Verwaltungsakten, die nicht auf die Berücksichtigung der Besonderheiten der Genehmigung von Normsetzungsbeschlüssen, hier im Bereich der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA, ausgerichtet ist.

Zu Buchstabe c

Die Aufhebung von § 91 Absatz 8 erfolgt, weil die allgemeinen Regelungen für die Aufsicht über den G-BA künftig in § 91a zusammengefasst werden.

Zu Nummer 10 (§ 91a)

Zu Absatz 1

Die Sätze 1 und 2 entsprechen im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 91 Absatz 8. Zusätzlich wird – entsprechend dem Wortlaut der Regelung in § 217d Absatz 2 Satz 2 für den GKV-Spitzenverband – ausdrücklich auch auf die entsprechende Anwendung des § 87 SGB IV verwiesen, um deutlich zu machen, dass es sich bei der Aufsicht über den G-BA nach § 91a – ebenso wie nach § 94 – um eine Rechtsaufsicht handelt. Die besonderen über eine Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehenden Einwirkungsmöglichkeiten nach § 91 Absatz 4 im Bereich der Genehmigung von Geschäftsordnung und Verfahrensordnung bleiben hiervon unberührt.

In Satz 3 werden einige wesentliche Vorgaben für die Haushalts- und Wirtschaftsführung, die im SGB IV geregelt sind, für entsprechend anwendbar erklärt. Dies betrifft Regelungen zur Aufstellung des Haushaltsplans (§§ 67, 70 Absatz 1 SGB IV), zur Bedeutung und Wirkung des Haushaltsplans (§ 68 SGB IV), zum Ausgleich des Haushalts in Einnahmen und Ausgaben (§ 69 Absatz 1 SGB IV), zu den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV), zur Erhebung der Einnahmen (§ 76 SGB IV) und zur Jahresrechnung (§ 77 SGB IV), die etwa auch für den GKV-Spitzenverband in § 217d Absatz 2 geregelt werden. Die Anordnung einer nur entsprechenden Anwendung der im SGB IV enthaltenen Vorgaben für Versicherungsträger auf den G-BA bezieht sich insbesondere auf die abweichende Organisationsstruktur des G-BA. So erfolgen Aufstellung und Feststellung des Haushaltsplans im Sinne von § 70 SGB IV nicht durch Vorstand und Vertreterversammlung, sondern durch den Finanzausschuss und das Beschlussgremium des G-BA. Eine förmliche Vorlagepflicht des Haushalts gegenüber der Aufsichtsbehörde mit einmonatiger Beanstandungsfrist in entsprechender Anwendung des § 70 Absatz 5 SGB IV ist wegen der unterschiedlichen Organisationsstruktur des G-BA und des bewährten Verfahrens, wonach der vom Finanzausschuss des G-BA aufgestellte Haushaltsentwurf vor der Beschlussfassung im Plenum dem BMG im Rahmen der allgemeinen Aufsichtsführung übersandt wird, entbehrlich.

Die Sätze 4 und 5 bestimmen, dass der G-BA das BMG – neben der Übermittlung des Haushaltsplans – auch über etwaige Beschlüsse zu einer vorläufigen Haushaltsführung, zur Genehmigung über- oder außerplanmäßiger Ausgaben oder zu einem Nachtragshaushalt informiert, wie dies bereits im Wesentlichen bisher schon der Fall ist.

Die Sätze 6 und 7 sehen die entsprechende Anwendung einiger, wesentlicher Regelungen des SGB IV zum Vermögen, des § 305b zur Veröffentlichung der Jahresrechnungs-

ergebnisse hinsichtlich der Verwendung der Mittel sowie des § 263 zur Definition des Verwaltungsvermögens vor.

Abweichend von den Vorgaben für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den GKV-Spitzenverband wird dem G-BA in Satz 8 nicht das Einfache einer Monatsausgabe für die Höhe der Betriebsmittel als zulässige Grenze vorgegeben, sondern entsprechend den Regelungen für Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 das Eineinhalbfache. Diese Höhe ist erforderlich und angemessen, um angesichts der geltenden Zahlungsmodalitäten des für die Finanzierung des G-BA erhobenen Systemzuschlags eine hinreichende Liquidität zu sichern. Die Zulässigkeit einer Rücklage zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit des G-BA, für den Fall, dass Einnahme- und Ausgabeschwankungen durch den Einsatz der Betriebsmittel nicht mehr ausgeglichen werden können, ergibt sich aus Satz 6 in Verbindung mit § 82 SGB IV. Auf eine gesetzliche Vorgabe zur Höhe wird verzichtet. Es gelten jedoch die allgemeinen Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, die einer Überdimensionierung der Rücklage entgegenstehen.

Soweit Vermögen, insbesondere Einnahmenüberschüsse nicht zur Rücklagenbildung benötigt werden, sind diese nach Satz 9 zur Senkung des Systemzuschlags zu verwenden, wie dies auch bereits bisher durch den G-BA erfolgt.

Die Zulässigkeit von Darlehensaufnahmen richtet sich nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. So sind kurzfristige Kassenverstärkungskredite zur Überwindung von Liquiditätsengpässen für den G-BA als Ultima Ratio weiterhin möglich, wenn sie unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erforderlich und angemessen sind.

Zu Absatz 2 und 3

Für diese Neuregelungen gelten die Erwägungen zu Nummer 3 Buchstabe b (dort Neuregelung in § 78 Absatz 4 und 6) sowie zu Nummer 12 Buchstabe b (dort Neuregelung in § 217d Absatz 3 und 4) entsprechend. Die Betragshöhe von 10 000 000 Euro gibt den maximalen Rahmen für ein etwaiges, nur im Ausnahmefall in Betracht kommendes Zwangsgeld vor. Über die angemessene Höhe im konkreten Einzelfall wäre unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu entscheiden.

Zu Absatz 4

Für diese Neuregelung gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe e (dort Neuregelung in § 79 Absatz 7) sowie zu Nummer 11 Buchstabe d (dort Neuregelung in § 217b Absatz 2a) entsprechend. Abweichend von den dortigen Regelungen wird dem G-BA jedoch nicht vorgegeben, eine unabhängige interne Revision zu errichten, weil eine solche angesichts vergleichsweise geringer Vermögenswerte des G-BA und fehlender Geschäftsbeteiligungen als Übermaßanforderung erscheint.

Zu Absatz 5

Für diese Neuregelung gelten die Erwägungen zu Nummer 15 Buchstabe c (dort Neuregelung in § 219 Absatz 2 bis 4) entsprechend.

Zu Nummer 11 (§ 217b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Verweis in § 217b Absatz 1 Satz 3 auf § 37 SGB IV wird gestrichen, da eine eigenständige Regelung in § 217i aufgenommen werden soll. Die spezialgesetzlichen Möglichkeiten der Aufsichtsbehörde zu einer Ersatzvornahme wird künftig in § 217i geregelt. Die

Bestimmungen in dem neuen § 217i sind dabei dem § 37 SGB IV nachgebildet, enthalten jedoch detailliertere Vorgaben zum Verfahren des Selbsteintritts.

Der Verweis auf § 62 SGB IV wird durch einen Verweis auf § 62 Absatz 1 bis 4 und Absatz 6 SGB IV ersetzt, da der neu eingeführte § 217b Absatz 1e künftig die Abberufung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden des Verwaltungsrates regelt. Die Abberufung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden des Selbstverwaltungsorgans soll für alle Spitzenverbände der Selbstverwaltung auf Bundesebene einheitlich geregelt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Streichung betrifft eine obsoleete Sonderregelung zu dem nicht mehr im Amt befindlichen Verwaltungsrat, der 2007 beim GKV-Spitzenverband gewählt wurde. Es handelt sich damit lediglich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

§ 217b Absatz 1a bis 1e soll die Kontrollbefugnisse des Verwaltungsrates stärken.

In § 217b Absatz 1a wird das Einsichts- und Prüfungsrecht des Verwaltungsrates sowie das Recht, einen Bericht in Angelegenheiten der Körperschaft zu verlangen, gesetzlich als Minderheitenrecht ausgestaltet. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe a entsprechend.

In § 217b Absatz 1b werden Anforderungen an Beschlüsse sowie zu den Protokoll- und Dokumentationspflichten geregelt. Neben diesen Neuregelungen sollen die bisher gemäß § 63 Absatz 3 SGB IV in Verbindung mit § 217b Absatz 1 Satz 3 bestehenden Sachverhalte, in denen der Ausschluss der Öffentlichkeit von Sitzungen des Verwaltungsrates möglich war, unberührt bleiben. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe b entsprechend.

In § 217b Absatz 1c werden die Rechte des Verwaltungsrates bei Dienstverträgen und Werkverträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband sowie einzelnen Mitgliedern des Verwaltungsrates geregelt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe b entsprechend.

In § 217b Absatz 1d wird die Pflicht zur Veröffentlichung der jährlichen Entschädigungen an die einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates geregelt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe b entsprechend.

In § 217b Absatz 1e wird die Möglichkeit der Abberufung der oder des (stellvertretenden) Vorsitzenden des Verwaltungsrates geregelt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 7 Buchstabe c (§ 80 Absatz 4) entsprechend.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung in § 217 b Absatz 2 Satz 7 wird geregelt, dass die Aufsichtsbehörde vor Erteilung der Zustimmung zum Vorstandsdienstvertrag eine unabhängige Prüfung der finanziellen Auswirkungen des Vorstandsdienstvertrages verlangen kann. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe d entsprechend.

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung in § 217b Absatz 2a wird die Verpflichtung des Vorstandes zur Implementierung und Sicherung einer Verwaltungsorganisation ausdrücklich gesetzlich verankert. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 5 Buchstabe e entsprechend.

Zu Nummer 12 (§ 217d)

Zu Buchstabe a

In § 217b wird das Recht zur Aufsicht über den GKV-Spitzenverband in einer einzigen Norm neu gefasst. Der Verweis vom bisherigen § 217d Satz 3 auf § 208 Absatz 2 wird gestrichen und der restliche Wortlaut wird Absatz 1.

Zu Buchstabe b

In § 217d Absatz 2 werden Grundsätze zur Finanzierung der Verwaltungskosten klargestellt. Der GKV-Spitzenverband darf Beiträge bei den Mitgliedskassen nur insoweit erheben, als dies für die Deckung der Kosten für seine gesetzlichen Tätigkeiten erforderlich ist. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 3 Buchstabe b (§ 78 Absatz 5) entsprechend.

In § 217d Absatz 3 werden abweichend vom VwVG höhere Zwangsgelder für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen festgelegt. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 3 Buchstabe b (§ 78 Absatz 4) entsprechend.

Mit dem neu angefügten § 217d Absatz 4 wird der GKV-Spitzenverband mindestens alle fünf Jahre zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung verpflichtet. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 3 Buchstabe b (§ 78 Absatz 6) entsprechend.

Zu Nummer 13 (§ 217e)

Die in § 217e neu aufgenommenen Mindestinhalte der Satzung des GKV-Spitzenverbandes haben das Ziel, sowohl die Transparenz als auch die Nachvollziehbarkeit der Willensbildung im Verwaltungsrat und seinen Ausschüssen zu stärken. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 8 (§ 81 Absatz 1a) entsprechend.

Zu Nummer 14 (§ 217g bis § 217i)

Mit der Neuregelung in § 217g wird für bestimmte Fallkonstellationen ein effektives, gestrafftes und klar umschriebenes aufsichtsrechtliches Verfahren vorgegeben. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu Nummer 4 (§ 78a) entsprechend.

Mit der Neuregelung in § 217h wird ein neues aufsichtsrechtliches Instrumentarium geschaffen, mit dem die Aufsichtsbehörde Maßnahmen zur Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustands unterhalb der Eingriffsschwelle für die Einsetzung eines Beauftragten nach § 217i und ohne die „Entmachtung“ der Organe im Außenverhältnis ergreifen kann. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 4 (§ 78b) entsprechend.

Die Regelung in § 217i ist dem neugefassten § 79a nachgebildet, soweit dieser auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Anwendung findet. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 6 entsprechend.

Zu Nummer 15 (§ 219)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung der Überschrift trägt der Tatsache Rechnung, dass sich der GKV-Spitzenverband nicht nur an Arbeitsgemeinschaften im Sinne des Sozialgesetzbuches beteiligen kann, sondern auch an anderen Einrichtungen im Sinne von § 85 SGB IV

Zu Buchstabe b

Die Schaffung eines neuen § 219 Absatz 1 dient einer Neustrukturierung der Norm.

Zu Buchstabe c

Es werden weitere Vorgaben für die Errichtung, Übernahme und wesentliche Erweiterung von sowie die Beteiligungen an Einrichtungen und für Arbeitsgemeinschaften gemacht. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu Nummer 2 (§ 77b) entsprechend.

Zu Nummer 16 (Änderung § 274)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die fünfjährige Prüfung von Geschäfts-, Rechnungs- und Wirtschaftsführung des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch das BMG bzw. das Bundesversicherungsamt wird gestrichen. Angesichts der gestiegenen Anforderungen insbesondere auch im Compliance Bereich bedarf es einer Stärkung und Professionalisierung der Prüfungen in diesem Bereich. Daher werden diese Prüfungen auf externe Prüfeinrichtungen übertragen. Im Übrigen gelten die Erwägungen zu den Nummern 3 und 12 (§ 78 Absatz 6 und § 217d Absatz 4) entsprechend.

Zu Doppelbuchstaben bb und cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe dd

Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung müssen die mit der Prüfung der Krankenkassen befassten Stellen eine Vielzahl von Daten bei den Krankenkassen anfordern. Zur effektiven und wirtschaftlichen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen ist es notwendig, dass sie auf die für die Prüfung benötigten Unterlagen in einheitlicher elektronischer Form zurückgreifen können. Die bisherige Regelung zur Vorlagepflicht bedarf daher einer Ergänzung, die dieser IT-geprägten Weiterentwicklung des Prüfgeschehens Rechnung trägt. Mit der Ergänzung der Vorschrift wird eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Bereitstellung von Daten in einer von den mit der Prüfung befassten Stellen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes vorab definierten Form eingeführt. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sind die Vorgaben des § 78a SGB X und dessen Anlage zu den organisatorischen und technischen Maßnahmen insbesondere zur Gewährleistung der Datensicherheit bei der Übermittlung zu beachten. Darüber hinaus werden die allgemeinen Anforderungen an die Verfahren der Datenübermittlung über sichere Kommunikationswege zwischen Krankenkassen und den mit der Prüfung gefassten Stellen in einer näheren Bestimmung zur Bereitstellung der zu prüfenden Daten von den mit der Prüfung befassten Stellen konkretisiert.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa bis Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa. Durch das Entfallen der Prüfungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch das BMG bzw. das Bundesversicherungsamt entfällt insoweit auch die Verpflichtung zur Kostentragung.

Zu Nummer 17 (§ 282)

Mit den Änderungen in § 282 sollen die für den GKV-Spitzenverband eingeführten Änderungen auch auf den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) übertragen werden, um für alle Spitzenorganisationen, die der Aufsicht des BMG unterliegen einheitliche Vorschriften zu schaffen. Da es bisher nur wenige gesetzliche Vorgaben zum Aufbau des MDS und seiner Organe gab, wird § 282 darüber hinaus entsprechend ergänzt. Die Organe des MDS sind der Verwaltungsrat und die Geschäfts-

führung, die aus dem Geschäftsführer und dessen Stellvertreter besteht, und die Mitgliederversammlung. Dies entspricht der bestehenden Gremienstruktur, die sich an der des GKV-Spitzenverbandes orientiert und die seit Gründung des MDS im Jahr 2008 wesentlich dazu beigetragen hat, dass der MDS seine gesetzlichen Aufgaben erfolgreich wahrnimmt. Bei den Absätzen 2a bis 2d sowie 3 und 4 handelt es sich größtenteils um deklaratorische Regelungen der bisher in der Satzung des MDS festgelegten und erfolgreich funktionierenden Strukturen. Diese werden auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt. Vor diesem Hintergrund ergibt sich grundsätzlich kein zusätzlicher Aufwand, der über die für den GKV-Spitzenverband mit diesem Gesetz neu eingeführten Regelungen hinausgeht.

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 2a

Satz 1 und 2 bestimmen entsprechend der geltenden Satzung des MDS als Mitglieder des MDS den GKV-Spitzenverband als allein entscheidungsbefugtes Mitglied sowie weitere fördernde Mitglieder. Die Stellung des GKV-Spitzenverbandes als allein entscheidungsbefugtes Mitglied ergibt sich dabei aus der Vorgabe in Absatz 1 Satz 1, nach der nur der GKV-Spitzenverband den MDS bildet. Fördernde Mitglieder können gemäß Satz 2 die Verbände der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Sinne des § 275 Absatz 1 (Medizinische Dienste) sein. Nach Satz 3 sind Organe des MDS der Verwaltungsrat, die Geschäftsführung und die Mitgliederversammlung.

Mit den Vorschriften des Absatzes 2a sind insgesamt keine Änderungen gegenüber den bereits in der Satzung getroffenen und praktizierten Regelungen verbunden.

Zu Absatz 2b

Das maßgebende Selbstverwaltungsorgan des MDS ist nach Satz 1 der Verwaltungsrat. Dieser Verwaltungsrat besteht gemäß Satz 2 aus stimmberechtigten Vertretern der im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vertretenen Versicherten und Arbeitgeber sowie aus stimmberechtigten Vertretern des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes. In der bestehenden Satzung ist geregelt, dass sich der Verwaltungsrat des MDS aus 16 stimmberechtigten Mitgliedern zusammensetzt. Davon werden 14 stimmberechtigte Mitglieder vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aus den Reihen seiner Mitglieder – jeweils sieben von den dort vertretenen Vertretern der Versicherten bzw. der Arbeitgeber gewählt. Weitere zwei stimmberechtigte Mitglieder werden vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entsendet. Nach Satz 3 ist in der Satzung nach Absatz 2e auch das Nähere zur Zusammensetzung des Verwaltungsrates sowie zur Wahl der oder des Vorsitzenden und dessen Stellvertreters sowie zur Wahl nicht stimmberechtigter Mitglieder des Verwaltungsrates des MDS aus dem Kreis der fördernden Mitglieder zu regeln. Dies entspricht dem bereits geübten Vorgehen.

Mit dem Verweis auf die Vorschrift des § 217b Absatz 1 Satz 3 in Satz 4 finden die allgemeinen Regelungen zum Verwaltungsrat in gleicher Weise wie beim Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes entsprechende Anwendung. Durch die Bezugnahme auf die mit diesem Gesetz in § 217b eingefügten Absätze 1a bis 1e (vgl. Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b) gelten darüber hinaus für den Verwaltungsrat des MDS auch diese neu eingeführten gesetzlichen Vorgaben entsprechend. Anpassungsbedarf gegenüber dem bisher praktizierten Vorgehen besteht grundsätzlich nur für diese neu eingeführten Vorgaben, weil die allgemeinen Regelungen für den Verwaltungsrat nach § 217b Absatz 1 Satz 3 bereits aufgrund der geltenden Satzung des MDS entsprechend angewendet werden.

Zu Absatz 2c

Die Mitgliederversammlung ist ein beratendes Organ, dessen Aufgaben insbesondere die Beratung von Leitlinien und Grundsätzen für die Förderung der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste und des MDS mit den Krankenkassen, die Entgegennahme von Be-

richten des Verwaltungsrates sowie die Beschlussfassung über eine Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung und über die Beiträge der fördernden Mitglieder nach Absatz 2a Satz 2 sind. Der Verwaltungsrat des MDS als maßgebendes Selbstverwaltungsorgan des MDS wird nicht von der Mitgliederversammlung des MDS gebildet, sondern vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes.

In der vom Verwaltungsrat zu beschließenden Satzung nach Absatz 2e ist nach Satz 3 das Nähere zur Zusammensetzung, zu den Aufgaben, zu den Rechten und Pflichten der Mitglieder, zu den Sitzungen, zu den Beiträgen der fördernden Mitglieder, zur Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie zur Beschlussfassung der Mitgliederversammlung zu regeln.

Zu Absatz 2d

Auch mit dieser Regelung werden überwiegend in der geltenden Satzung des MDS geregelte Sachverhalte deklaratorisch auf eine rechtliche Grundlage gestellt. Danach besteht die Geschäftsführung des MDS, die Vorstand im Sinne des Sozialgesetzbuches ist, nach den Sätzen 1 und 2 aus einem vom Verwaltungsrat des MDS gewählten Geschäftsführer und dessen Stellvertreter. Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter führen gemäß Satz 3 die Geschäfte des MDS, soweit dies nicht dem Verwaltungsrat oder der Mitgliederversammlung vorbehalten ist, und vertreten den MDS gerichtlich und außergerichtlich. Die Aufgaben des Vorstandes können nach Satz 4 in der Satzung nach Absatz 2e näher konkretisiert werden.

Durch die in Satz 5 enthaltenen Verweisungen finden die dort genannten Vorschriften zur Wahl des Geschäftsführers, zu geeigneten Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation, zur Vertretung des MDS durch die Geschäftsführer, zu den Berichtspflichten des Geschäftsführers gegenüber dem Verwaltungsrat, zur hauptamtlichen Ausübung der Tätigkeit der Geschäftsführer und zu deren fachlichen Eignung, zur Genehmigungspflicht der Dienstverträge der Geschäftsführer durch die Aufsichtsbehörde sowie zur Amtsenthebung der Geschäftsführer (§ 35a Absatz 1, 2, 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 SGB IV) entsprechende Anwendung. Dies entspricht grundsätzlich dem bereits praktizierten Vorgehen.

Anpassungsbedarf gegenüber den bisher in der Satzung festgelegten Regelungen ergibt sich durch den Verweis auf die auch für den GKV-Spitzenverband geltenden und mit diesem Gesetz eingeführten Vorschriften des § 217b Absatz 2 Satz 7 (Vorlage einer unabhängigen Bewertung der Vorstandsdienstverträge – hier der Geschäftsführerdienstverträge – auf Verlangen der Aufsichtsbehörde) und des § 217b Absatz 2a (Einrichtung interner Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem) sowie durch den Verweis auf § 35a Absatz 3 SGB IV (Amtszeit des Vorstandes bis zu sechs Jahren). Diese Begrenzung ist im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit Vorständen von Krankenkassen und deren Verbände gerechtfertigt. Die Neuregelung findet für den MDS jedoch nur Anwendung für Neuverträge. Bestehende Verträge bleiben davon unberührt.

Zu Absatz 2e

Mit Ausnahme des Genehmigungsvorbehaltes durch die Aufsichtsbehörde handelt es sich bei den Vorgaben der Sätze 1 und 2 um deklaratorische Regelungen, da die Satzung des MDS bereits vom Verwaltungsrat beschlossen wird. Das gegenüber der bisherigen Praxis neue Genehmigungserfordernis für die Satzung entspricht den für den GKV-Spitzenverband, die KBV und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung geltenden gesetzlichen Vorgaben.

Durch den Verweis auf die mit diesem Gesetz für den GKV-Spitzenverband eingeführte Vorschrift des § 217e Absatz 1 Satz 5 (vgl. Artikel 1 Nummer 13) und den Verweis auf § 34 Absatz 2 SGB IV werden Vorgaben für den Inhalt der Satzung festgelegt. Die gelten-

de Satzung des MDS entspricht dem weitgehend. Ein geringer Anpassungsbedarf kann sich im Detail bei einigen Vorgaben ergeben, wie z. B. bei den Satzungsregelungen zur Vorbereitung der Beschlussfassung, zu den Anforderungen an die Dokumentation der Sitzungen, zur Information der Mitglieder des Verwaltungsrates und zu den Berichtspflichten der Geschäftsführer.

Zu Buchstabe b

Die Vorschriften bezüglich der Finanzierung des MDS und zur Aufsicht über den MDS werden aus systematischen Gründen in den neu gefassten Absätzen 3 und 4 getrennt aufgeführt.

Absatz 3 enthält die Regelungen zur Finanzierung des MDS. Mit Satz 1 wird für den MDS die entsprechende Geltung der gesetzlichen Vorgaben zum Haushalts- und Rechnungswesen (§ 217d Absatz 2) geregelt. Dies soll mit der Maßgabe gelten, dass die Mittel für die Wahrnehmung der Aufgaben des MDS nach diesem und dem Elften Buch vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzubringen sind. Für die fördernden Mitglieder des MDS nach Absatz 2a Satz 2 kann ein Beitrag zur Finanzierung des MDS in der Satzung des MDS nach Absatz 2e festgelegt werden. Nach Satz 3 ist das Nähere zur Finanzierung des MDS in der Satzung nach Absatz 2e zu regeln. Satz 4 entspricht dem geltenden § 282 Absatz 4 im Hinblick auf die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen. Die Vorgaben des Absatzes 3 entsprechen insgesamt dem bisher geübten Vorgehen.

Zu Buchstabe c

In dem neu gefassten Absatz 4 werden die Regelungen zur Aufsicht über den MDS zusammengefasst. Der MDS untersteht wie bisher nach § 282 Absatz 3 Satz 1 der Aufsicht des BMG. Durch die in Satz 2 enthaltenen Verweise gelten für den MDS die für den GKV-Spitzenverband geltenden aufsichtsrechtlichen gesetzlichen Vorgaben entsprechend. Auch die Bezugnahme auf die Vorschriften des § 279 Absatz 4 Satz 3 und 5 (Veröffentlichung der jährlichen Vergütungen der Geschäftsführer und weiteren Zuwendungen) gilt unverändert.

Mit Satz 3 wird die bereits geltende Vorgabe, dass die Unabhängigkeit der Gutachter des Medizinischen Dienstes zu beachten ist, beibehalten.

Anpassungsbedarf gegenüber dem bisher praktizierten Vorgehen ergibt sich grundsätzlich aus dem Verweis auf die mit diesem Gesetz eingeführten Regelungen des § 217d Absatz 3 und 4 sowie der §§ 217g bis 217i und 219.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Ansichts der fortschreitenden Digitalisierung müssen die mit der Prüfung der Pflegekassen befassten Stellen eine Vielzahl von Daten bei den Pflegekassen anfordern. Zur effektiven und wirtschaftlichen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen ist es notwendig, dass sie auf die für die Prüfung benötigten Unterlagen in einheitlicher elektronischer Form zurückgreifen können. Die bisherige Regelung zur Vorlagepflicht bedarf daher einer Ergänzung, die dieser IT-geprägten Weiterentwicklung des Prüfgeschehens Rechnung trägt. Mit der Ergänzung der Vorschrift wird eine Verpflichtung der Pflegekassen zur Bereitstellung von Daten in einer von den mit der Prüfung befassten Stellen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes vorab definierten Form eingeführt. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sind die Vorgaben des § 78a SGB X und dessen Anlage zu den organisatorischen und technischen Maßnahmen insbesondere zur Gewährleistung der Datensicherheit bei der Übermittlung zu beachten. Darüber hinaus werden die allgemeinen Anforderungen an die Verfahren der Datenübermittlung über sichere Kommunikationswege zwischen Pflegekassen und den mit der Prü-

fung gefassten Stellen in einer näheren Bestimmung zur Bereitstellung der zu prüfenden Daten von den mit der Prüfung befassten Stellen konkretisiert.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.