

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland mit den Grundprinzipien Solidarität, Sachleistungsprinzip und gleicher Leistungsanspruch für alle gilt weltweit nach wie vor als Vorbild. Aus Beiträgen stehen jährlich rd. 140 Mrd. Euro für die Finanzierung dieses Sozialversicherungszweigs zur Verfügung. Das deutsche Gesundheitssystem ist leistungsfähig. Aufgrund von verkrusteten Strukturen und Fehlentwicklungen erfolgt die Mittelverwendung jedoch nicht zielgenau. Wie speziell der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen festgestellt hat, gibt es in Teilbereichen Fehl-, Unter- und Überversorgung. Gerade im Bereich der großen Volkskrankheiten, die die höchsten Kosten verursachen, sind mangelnde Effektivität und Qualität zu verzeichnen. Obwohl das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich pro Kopf und gemessen am Bruttoinlandsprodukt hohe Aufwendungen zu verzeichnen hat, ist die Qualität der medizinischen Versorgung im internationalen Vergleich verbesserungswürdig.

Hinzu kommt: Der medizinische Fortschritt, der sich für viele Menschen positiv auswirken kann, wird tendenziell die Kosten weiter nach oben treiben. Auch die demographische Entwicklung stellt die gesetzliche Krankenversicherung vor große Herausforderungen: Die Zahl der älteren Bürgerinnen und Bürger steigt weiter an, die im Durchschnitt weniger einzahlen und mehr Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Angesichts der weltweit angespannten Wirtschaftslage müssen zugleich Wege beschritten werden, die Lohnnebenkosten zu begrenzen, um beschäftigungswirksame Impulse geben zu können.

Deshalb muss die gesetzliche Krankenversicherung modernisiert und nachhaltig verändert werden. Dies betrifft sowohl die Steuerung der Versorgung als auch die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und die Sicherung der Finanzgrundlagen.

Vor diesem Hintergrund ist es das vorrangige Ziel des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems, die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft zu verbessern. Durch Aufbrechen starrer, historisch gewachsener Strukturen und Weiterentwicklung einer solidarischen Wettbewerbsordnung werden Anreize auf allen Ebenen gesetzt, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen sowie die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung deutlich zu steigern. Um die Lohnzusatzkosten spürbar zu entlasten und den Beitragssatz deutlich zu senken, wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Belastungsgerechtigkeit und gesamtwirtschaftliche Wirkungen neu geordnet. Damit wird sichergestellt, dass

die bewährten Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarität, Sachleistungsprinzip und gleicher Leistungsanspruch für alle – zu bezahlbaren Bedingungen für die Zukunft Bestand haben.

B. Lösung

Wesentliche Ansatzpunkte für die Modernisierung des Gesundheitssystems liegen in der Stärkung von Qualität, Wirtschaftlichkeit, solidarischem Wettbewerb und Transparenz. Durch Flexibilisierung und Erneuerung der Strukturen, Abbau von Überreglementierung und Intransparenz, Beseitigung von Schnittstellenproblemen und Erleichterung des fach- und sektorenübergreifenden Zusammenwirkens aller Beteiligten sowie Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten künftig für ihre Beiträge eine zielgenaue Behandlung bekommen.

Die Qualität der medizinischen Versorgung wird nachdrücklich und dauerhaft gestärkt durch eine konsequente Ausrichtung der Medizin auf qualitätsorientierte Aspekte. Die Effizienz des Mitteleinsatzes wird erhöht und ein qualitätsorientierter Wettbewerb in einem solidarischen Ordnungsrahmen weiter ausgebaut. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden auf das medizinisch Notwendige konzentriert und versicherungsfremde Leistungen künftig gesamtgesellschaftlich getragen. Die Entscheidungsfreiheit der Versicherten bei der Wahl ihrer Versorgung wird gestärkt und die Rechte der Patientinnen und Patienten werden ausgeweitet.

Schwerpunkte zur Modernisierung der Strukturen sind im Einzelnen:

- Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin,
- Ausbau eines qualitätsorientierten, effizienzsteigernden Wettbewerbs und Flexibilisierung des Vertragsrechtes,
- Modernisierung der Versorgungsstrukturen, Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, gezielte Förderung integrierter Versorgungsformen,
- Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung,
- Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems,
- Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen,
- Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten,
- Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte,
- Liberalisierung des Arzneimittelmarktes und Modernisierung der Vertriebsstrukturen durch Zulassung von kontrolliertem Versandhandel auch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln,
- gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen.

Schwerpunkte zur Neuordnung der Finanzierung sind im Einzelnen:

- Gewährung eines Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen,
- Finanzierung des Krankengeldes allein durch die Versicherten,
- Neuregelung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregelungen,
- Eigenbeteiligungen zur Verhinderung von unwirtschaftlichem Verhalten der Versicherten.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

Durch die Maßnahmen des Gesetzes werden die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend verbessert und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenkassen gestärkt. Insgesamt ergibt sich aus den vorgesehenen Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2004 ein geschätztes finanzielles Entlastungsvolumen von ca. 8,5 Mrd. Euro. Zusätzlich erhält die gesetzliche Krankenversicherung durch die Beteiligung des Bundes an versicherungsfremden Leistungen die derzeit noch nicht quantifizierbaren Mehreinnahmen aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer. Für die Jahre 2004, 2005 und 2006 werden zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von 1 Mrd. Euro, 1,5 Mrd. Euro bzw. 2 Mrd. Euro gezahlt. Als Obergrenze für die jährlichen Mehreinnahmen der GKV ab dem Jahr 2007 wird das für das Jahr 2006 nachträglich festgestellte Mehraufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer festgelegt. Die Ablösung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes mit einem aktuellen Finanzvolumen von ca. 7,1 Mrd. Euro durch eine versichertenbezogene Finanzierung entlastet die Arbeitgeber und damit die Lohnnebenkosten zusätzlich um ca. 3,5 Mrd. Euro.

Durch die mit dem Einsparvolumen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes möglichen Beitragssatzsenkungen werden insbesondere die lohnintensiven Klein- und mittelständischen Betriebe entlastet.

Für die Rentenversicherung ergeben sich im Jahr 2004 – durch die aus den Maßnahmen dieses Gesetzes resultierenden Beitragssatzsenkungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Minderausgaben im Bereich der Krankenversicherung der Rentner. Im Bereich der Bundesanstalt für Arbeit ergeben sich ab dem Jahr 2004 Minderausgaben durch geringere Krankenversicherungsbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosen- und Unterhaltsgeld.

Für den Bund entstehen durch die finanzielle Beteiligung des Bundes an versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen ab dem Jahr 2004 derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben in Höhe der aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer resultierenden Mehreinnahmen. Für die Jahre 2004, 2005 und 2006 werden zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von 1 Mrd. Euro, 1,5 Mrd. Euro bzw. 2 Mrd. Euro gezahlt. Als Obergrenze für die jährlichen Zahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2007 wird das für das Jahr 2006 nachträglich festgestellte Mehraufkommen aus den Erhöhungen der Tabaksteuer festgelegt.

Durch das Gesetz kann beim Bund jetzt noch nicht bezifferbarer Verwaltungsmehraufwand entstehen, der jedoch im Vergleich zu den im Gesundheitswesen erzielbaren Einsparungen äußerst gering sein wird. Über die Einzelheiten wird im Haushaltsverfahren entschieden.

Die mit diesem Gesetz erzielbaren Einsparungen und die damit verbundene Senkung des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung entlasten den Bund bei den Krankenversicherungsbeiträgen für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe ab 2004. Die Reduzierung der von der Bundesanstalt für Arbeit zu leistenden Sozialversicherungsbeiträge entlasten den Bund zusätzlich, wenn ein Bundeszuschuss an die Bundesanstalt für Arbeit gezahlt wird.

In der Krankenversicherung der Landwirte ergibt sich durch die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen ein Minderbedarf an Bundesmitteln.

Aufgrund der stufenweisen Erhöhung der Erstattung der Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung für Rentner durch die knappschaftliche Krankenversicherung wird der Bundeshaushalt im Jahr 2004 voraussichtlich um 14 Mio. Euro entlastet. Es wird damit gerechnet, dass dieser Betrag innerhalb von zehn Jahren auf 140 Mio. Euro ansteigt.

Für Länder und Gemeinden entstehen durch dieses Gesetz keine Mehrausgaben.

E. Sonstige Kosten

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der Krankenkassen und senkt das Beitragssatzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ist auch eine stabilisierende Wirkung auf das Preisniveau zu erwarten. Durch die Regelungen in der Arzneimittelversorgung wird das Preisniveau in diesem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gedämpft. Weitere Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)

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

Inhaltsübersicht

- Artikel 1** Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2** Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3** Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 4** Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 5** Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 5a** Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 6** Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 6a** Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 7** Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes
- Artikel 8** Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes
- Artikel 9** Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
- Artikel 10** Änderung der Schiedsamtverordnung
- Artikel 11** Änderung der Sonderurlaubsverordnung
- Artikel 12** Änderung des Arzneimittelgesetzes
- Artikel 13** Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen
- Artikel 14** Änderung der Apothekenbetriebsordnung
- Artikel 15** Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens
- Artikel 16** Änderung der Arzneimittelpreisverordnung
- Artikel 17** Änderung des Bundessozialhilfegesetzes
- Artikel 18** Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien
- Artikel 19** Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler
- Artikel 20** Änderung der Strafprozessordnung
- Artikel 21** Änderung des Sozialgerichtsgesetzes
- Artikel 22** Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
- Artikel 23** Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen
- Artikel 24** Neufassung des Gesetzes über das Apothekenwesen und der Apothekenbetriebsordnung
- Artikel 25** Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

- Dem § 13 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

„(4) Versicherte nach Absatz 2 Satz 1 und Versicherungspflichtige nach § 5, die nicht nach der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beim Träger ihres Wohnortes in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes als sachleistungsberechtigt eingetragen sind, sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbeitrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen. Kann die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nicht oder nicht rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Absatz 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.“

- § 15 wird wie folgt geändert:

- In Absatz 2 wird nach dem Wort „Krankenversicherungskarte“ die Angabe „(§ 291)“ durch die Wörter „zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10)“ ersetzt.
- Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) In den Berechtigungsscheinen sind die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9, bei befristete-

ter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.“

3. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift und in Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „im Ausland“ durch die Wörter „außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „Auslandsaufenthalts“ durch die Wörter „Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages“ ersetzt.

4. Dem § 19 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1.“

5. § 20 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 2a bis 2 c eingefügt:

„(2a) Zur Förderung der Aufgaben nach Absatz 1 und 2 wird beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als zweckgebundenes Sondervermögen gemäß § 113 BHO ein Gemeinschaftsfonds „Prävention und Gesundheitsförderung“ errichtet. Das Sondervermögen wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet.

(2b) Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Das Sondervermögen ist von dem übrigen Vermögen des Bundes, seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

(2c) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, Näheres über den Wirtschaftsplan des Gemeinschaftsfonds, die Rechnungslegung sowie die Bewirtschaftung der Mittel und deren Verwendung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats zu regeln. In der Rechtsverordnung werden insbesondere die Vergaberichtlinien, der Gegenstand der Förderung, die Voraussetzungen der Förderung und das Verfahren der Vergabe unter Mitwirkung des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“ geregelt.

- b) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Zur Erfüllung dieser Aufgaben können die Krankenkassen Gemeinschaftsprojekte auch mehrerer Träger mitfinanzieren. Mindestens 25 vom Hundert des nach Satz 1 festgelegten Betrags haben die Krankenkassen zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten oder als Einlage in den Gemeinschaftsfonds „Prävention und Gesundheitsförderung“ nach Absatz 2a vorzusehen.“

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der

im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.“

- bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die in Satz 5 bestimmten Mittel sind in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen. Über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderstufen gemeinsam nach Maßgabe der in Satz 3 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretern von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen.“

6. § 24b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Wort „Sterilisation“ die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Wort „Sterilisation“ die Wörter „nicht rechtswidrige“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderliche“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden vor dem Wort „Sterilisation“ die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

7. § 27a wird aufgehoben.

8. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „eines Vertragsarztes“ durch die Wörter „eines Hausarztes“ und das Wort „Vertragsarzt“ durch das Wort „Hausarzt“ ersetzt.

- b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Versicherte zahlen für jede erste Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, die nicht auf Überweisung erfolgt, 15 Euro je Kalendervierteljahr an den Arzt. Satz 1 gilt nicht

1. bei Inanspruchnahme eines Frauenarztes oder Augenarztes oder eines Psychotherapeuten, bei der Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes nach den Vorgaben eines strukturierten Behandlungsprogramms bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder einer integrierten Versorgung nach § 140a sowie bei Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes in Notfällen,
2. für Versicherte, die dem Arzt eine Bescheinigung der Krankenkasse darüber vorlegen, dass ihnen für die Behandlung ihrer Krankheit oder Behinderung, deretwegen sie in Dauerbehandlung sind, die in Nummer 1 genannten Behandlungsformen nach ärztlicher Feststellung nicht oder nicht in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen; die weitere Dauer dieser Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens vor Ablauf des zweiten Kalenderjahres nach erstmaliger Ausstellung der Bescheinigung nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung soweit erforderlich zu prüfen.

Nehmen Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt auf Überweisung in Anspruch, sind sie auch für die folgenden Kalendervierteljahre von der Zahlung befreit, wenn es sich um die unmittelbare Weiterbehandlung derselben Krankheit handelt.“

9. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30
Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf Festzuschüsse für medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. Bei großen Brücken ist der Anspruch auf die Festzuschüsse für den Ersatz von bis zu 4 fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist der Anspruch auf die Festzuschüsse für zwei Verbindungselemente je Kiefer sowie bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf die Festzuschüsse für drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Bei Suprakonstruktionen besteht der Anspruch auf Festzuschüsse in vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.

(2) Die Festzuschüsse sind für die Leistungskomplexe nach § 87 Abs. 2d und § 88 Abs. 1 zu bilden. Sie umfassen 50 vom Hundert der nach § 85 Abs. 2 und § 88 Abs. 2 vereinbarten Beträge. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Absatz 1 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Versicherte haben zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 den die Festzuschüsse überschreitenden Teil der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans nach Absatz 4 Satz 4 an den Vertragszahnarzt zu entrichten. Die Kosten richten sich nach den Vereinbarungen gemäß § 85 Abs. 2 und § 88 Abs. 1. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen.

(4) Wählen Versicherte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie für die Leistungen nach Absatz 1 die entsprechenden Festzuschüsse. Die Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen.

(5) Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 4 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Dem Heil- und Kostenplan sind zwei Kostangebote für zahntechnische Leistungen beizufügen. In den Kostangeboten sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat dem Versicherten die Höhe der Festzuschüsse mitzuteilen. Im Übrigen hat die Krankenkasse Versicherte, wenn angezeigt, über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu beraten. Aufwendige Versorgungen sollen vor der Genehmigung begutachtet werden. In den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2 sind diese Versorgungen vor der Genehmigung zu begutachten. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten nach Absatz 1 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Im Fall einer Abrechnungsberichtigung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterrichtet die Krankenkasse die Versicherten. Die Versicherten können die Gesamtrechnung von der Krankenkasse prüfen lassen. Die Versicherten zahlen ihre die Festzuschüsse überschreitenden Beträge für die Leistungen nach Absatz 1 und 4 an den Vertragszahnarzt. Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen beizufügen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans und zum Verfahren der Abrechnung ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.“

10. § 31 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Arzneimittel bleibt § 92 unberührt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „4,50“ durch die Angabe „6“ und die Angabe „5“ durch die Angabe „8“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „4,50“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Für Versicherte, die nach § 61 Abs. 2 bis 5 unzumutbar belastet würden, treten an die Stelle der in Satz 1 und 4 genannten Beträge 1 Euro.“

11. § 32 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Bietet die Krankenkasse an, die Leistungen wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Personen erbringen zu lassen, mit denen sie einen Vertrag nach § 125 Abs. 2 Satz 4 geschlossen hat, und wählen Versicherte stattdessen einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit diesen Leistungserbringern vereinbart hat. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.“

12. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Seh- und“ gestrichen.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.“

cc) Nach dem bisherigen Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Satz 1 und 3. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen nur, wenn sie auf beiden Augen mindestens eine Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 aufweisen.“

b) In Absatz 2 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 2 Satz 1. Bietet die Krankenkasse an, die Hilfsmittel wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, mit denen sie einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 Satz 1 oder 2 geschlossen hat und wählen Versicherte stattdessen einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit diesen Leistungserbringern vereinbart hat.“

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen.“

13. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Satz 1 werden folgende Sätze vorangestellt:

„Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, die behindert sind und Entwicklungsstörungen haben,
3. homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet.

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nach Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung verordnen, wenn sie in einer vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu erstellenden wirkstoffbezogenen Liste unter Angabe der Erkrankungen enthalten sind.“

bb) Im bisherigen Satz 1 wird das Wort „achtzehnte“ durch das Wort „zwölfte“ ersetzt und nach dem Wort „folgende“ das Wort „verschreibungspflichtige“ eingefügt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Arzneimittel bleibt § 92 unberührt.“

c) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.“

14. § 35 Abs. 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen können abweichend von Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 gebildet werden, sofern die Gruppenbildung nur mit anderen patentgeschützten Arzneimitteln erfolgt und sofern diese nachfolgend zu dem ersten verkehrsfähigen Arzneimittel in Verkehr gebracht worden sind.“

15. Nach § 35a wird folgender § 35b eingefügt:

„§ 35b

Empfehlungen zu Arzneimitteln

(1) Für Arzneimittel, die nach den Vorschriften dieses Buches verordnungsfähig sind, gibt das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin Empfehlungen zum Nutzen einschließlich seiner finanziellen Bewertung sowie zur Anwendung dieser Arzneimittel an die Bundesausschüsse ab. Empfehlungen nach Satz 1 können für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, die von erheblicher Bedeutung für die Patientenversorgung sind oder erhebliche Ausgaben verursachen, erstellt werden. Das Zentrum bestimmt einheitliche Methoden für die Erarbeitung der Empfehlungen und gibt diese abrufbar im Internet zur Kenntnis.

(2) In den Empfehlungen nach Absatz 1 wird ein Arzneimittel einer der folgenden Stufen zugeordnet:

1. Arzneimittel mit verbesserter Wirkung, deren Wirkstoffe einem neuen Wirkprinzip unterliegen (Stufe A),

2. Arzneimittel mit verbesserter Wirkung, die dem Wirkprinzip eines bereits zugelassenen Arzneimittels entsprechen (Stufe B),
3. Arzneimittel ohne verbesserte Wirkung, deren Wirkstoff einem neuen Wirkprinzip unterliegt oder dem Wirkprinzip eines bereits zugelassenen Arzneimittels entspricht (Stufe C).

Die Zuordnung zu den Stufen A und B setzt voraus, dass bei der Anwendung des Arzneimittels im zugelassenen Indikationsgebiet ein für die Therapie bedeutsamer höherer Nutzen, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, für die überwiegende Zahl der Patienten gegenüber den bisher in der Regel verordneten Arzneimitteln nach dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu erwarten ist. Für ein Arzneimittel der Stufen B und C stellt das Zentrum für Zwecke nach Absatz 4, 6 und 8 ein anderes Arzneimittel mit bereits zugelassenem Wirkstoff und vergleichbarem Wirkprinzip fest, das in besonderer Weise zweckmäßig und wirtschaftlich ist (Referenzarzneimittel).

(3) Für Arzneimittel der Stufe A sollen die Empfehlungen nach Absatz 1 Angaben zum höheren Nutzen des Arzneimittels einschließlich seiner finanziellen Bewertung im Vergleich zu bisher in der Regel verordneten Arzneimitteln oder anderen Therapieverfahren enthalten.

(4) Für ein Arzneimittel der Stufe B sollen die Empfehlungen nach Absatz 1 mit den Angaben zum höheren Nutzen des Arzneimittels einschließlich seiner finanziellen Bewertung im Vergleich zu dem nach Absatz 2 bestimmten Referenzarzneimittel getroffen werden.

(5) Die Empfehlungen nach Absatz 1 werden den Bundesausschüssen zur Beschlussfassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zugeleitet; § 139c gilt entsprechend. Sie enthalten für Arzneimittel der Stufen A und B das Nähere zu Anwendungsgebieten, Anwendungsbedingungen und Patientengruppen, für die eine Anwendung des Arzneimittels therapeutisch zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

(6) Für ein Arzneimittel der Stufe C setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abweichend von dem Verfahren nach § 35 einen vorläufigen Festbetrag auf Grundlage des Festbetrags fest, der für die Gruppe des nach Absatz 2 bestimmten Referenzarzneimittels gilt. Die Festsetzung eines Festbetrags nach Satz 1 ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen und gilt bis zur Neubestimmung oder Anpassung des Festbetrags nach §§ 35 und 35a, längstens allerdings für eine Frist von 12 Monaten. Der vorläufige Festbetrag des Arzneimittels wird aufgrund des Festbetrags der Standardpackung durch Anwendung der Berechnungsvorschriften der maßgeblichen Festbetragsgruppe ermittelt. Der für das Arzneimittel maßgebliche Äquivalenzfaktor wird festgesetzt entsprechend der in der amtlichen Fachinformation für die Leitindikation angegebenen Regeldosierung als Verhältniswert zu der bei der Festbetragsfestsetzung zugrunde gelegten Tagesdosis des Bezugswirkstoffes der

Festbetragsgruppe. Sind in der amtlichen Fachinformation für die Arzneimittel Mindest- und Höchstmengen zur Regeldosierung angegeben, wird die zu berechnende Tagesdosis in Höhe der Hälfte der Summe aus den Angaben zur Mindest- und Höchstmenge der Regeldosierung ermittelt. Gilt für das Referenzarzneimittel kein Festbetrag, wird ein Festbetrag des Arzneimittels als Vielfaches des Preises je Tagesdosis der größten erstattungsfähigen Packung des Referenzarzneimittels mit der Anzahl der in der Packung des Arzneimittels enthaltenen Tagesdosen festgesetzt. Für die Ermittlung der Tagesdosen gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend. § 31 Abs. 2 gilt entsprechend.

(7) Die Empfehlungen nach Absatz 1 sind in geeigneten Abständen, spätestens jedoch drei Jahre nach erstmaliger Zuleitung nach Absatz 5 zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen.

(8) Für neu zugelassene Arzneimittel der Stufen A und B sollen die Krankenkassen oder ihre Verbände Vereinbarungen nach § 130a Abs. 8 treffen. Dabei sind die Empfehlungen nach den Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen.

(9) Für die Abgabe von Empfehlungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind, beruft das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Expertengruppen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Absatz 5 gilt entsprechend. Eine entsprechende Empfehlung soll nur mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmens erstellt werden.

(10) Für Klagen gegen die vorläufige Festbetragsfestsetzung gilt § 35 Abs. 7 entsprechend. Gesonderte Klagen gegen die Empfehlungen nach Absatz 1 und 9 sowie gegen die Feststellungen nach Absatz 2 Satz 3 sind unzulässig.

16. § 36 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz sind nach dem Wort „ist“ die Wörter „innerhalb einer angemessenen Frist“ einzufügen.

b) Absatz 2 Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden sind, als Festbeträge im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 1.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) § 35 Abs. 5 und 7 gelten entsprechend.“

17. Dem § 37 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen

- nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.“
18. In § 39 Abs. 4 Satz 1 wird die Angabe „9“ durch die Angabe „12“ ersetzt.
19. § 43b wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
- „(2) Zahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Facharzt oder der Psychotherapeut einzubehalten und mit seinem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung zu verrechnen; die nach § 83 zu entrichtenden Gesamtvergütungen verringern sich entsprechend.“
20. Im Dritten Kapitel wird der Siebte Abschnitt aufgehoben.
21. § 60 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Leistung der Krankenkasse“ die Wörter „aus zwingenden medizinischen Gründen“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.“
- bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:
- „Ein Anspruch auf Übernahme der in Satz 2 genannten Fahrkosten besteht nicht, soweit die Krankenkasse ihren Versicherten Transportleistungen durch hierfür geeignete Einrichtungen oder Unternehmen zur Verfügung stellt, mit denen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge nach § 133 geschlossen haben. Der Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach Satz 2 besteht auch nicht, soweit es einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person oder einem Angehörigen zumutbar ist, die erforderliche Fahrt durchzuführen.“
22. § 61 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 werden die Wörter „Arznei-, Verband- und“ gestrichen.
- b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. Bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 30 Abs. 2 einen Betrag in jeweils gleicher Höhe zu übernehmen und“.
23. § 62 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, entfallen die in Satz 1 genannten Zuzahlungen nach Ablauf des ersten Jahres“ durch die Angabe „, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ ersetzt.
- b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:
- „(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 30 einen anteiligen Betrag zu übernehmen. Sie erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach § 30 Abs. 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Die Gesamterstattung umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach § 30 Abs. 2.“
24. Nach § 62 wird folgender § 62a eingefügt:
- „§ 62a
Bonus für Versicherte
- (1) Abweichend von § 31 Abs. 3 Satz 1 und 4 leisten Versicherte, die an einem Hausarztssystem nach § 67, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a teilnehmen, für die Dauer der Teilnahme an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen 2 Euro je Packung, für mittlere Packungsgrößen 3 Euro je Packung und für große Packungsgrößen 4 Euro je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; die Krankenkasse hat den Versicherten eine Bescheinigung über die Teilnahme zur Vorlage bei der abgebenden Stelle auszustellen. Satz 1 gilt nicht, für Verordnungen eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, mit Ausnahme der Frauenärzte und Augenärzte, soweit Versicherte, die an einem Hausarztssystem nach § 67 teilnehmen, diesen ohne Überweisung in Anspruch nehmen.
- (2) Absatz 1 gilt auch für Versicherte, die dem Arzt eine Bescheinigung der Krankenkasse darüber vorlegen, dass ihnen für die Behandlung ihrer Krankheit oder Behinderung, deretwegen sie in Dauerbehandlung sind, die in Absatz 1 genannten Behandlungsformen nach ärztlicher Bescheinigung nicht oder nicht in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen.
- (3) Im Übrigen gilt § 31 entsprechend.“
25. § 65a wird wie folgt gefasst:
- „§ 65a
Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 oder Leistungen der Kranken-

kasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben. Dabei kann die Krankenkasse auch vorsehen, dass diese Versicherten über die gesetzlich geregelten Befreiungen hinaus von Zahlungen befreit werden.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eines Arbeitgebers sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“

26. Nach § 66 werden folgende §§ 67 und 68 eingefügt:

„§ 67
Hausarztssystem

(1) Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung, mit Ausnahme der Leistungen der Frauenärzte oder Augenärzte, nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (Hausarztssystem). Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln; § 73 Abs. 1b Satz 5 gilt.

(2) Die Krankenkasse regelt in ihrer Satzung das Nähere über die Durchführung des Hausarztssystems.“

„§ 68
Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung können die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren. Das Nähere ist durch die Satzung zu regeln.“

27. In § 71 Abs. 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 83“ ersetzt.

28. § 72 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Gesundheitszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und Gesundheitszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“

29. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,“

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

„Die Frauenärzte, Augenärzte und die übrigen Fachärzte, soweit sie keinen Vertrag nach § 106b Abs. 1 schließen, nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.“

c) Dem Absatz 1b werden folgende Sätze angefügt:

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab und in den Verträgen mit Ärzten, Gesundheitszentren und sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen sind Regelungen zu treffen, nach denen die nicht hausärztlich tätigen Ärzte und Gesundheitszentren und die sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen ihre Leistungen nur dann abrechnen können,

1. wenn sie ihrer Verpflichtung nach Satz 2 zur Datenübermittlung nachgekommen sind, es sei denn, der Versicherte verweigert oder widerruft seine Einwilligung; die Entscheidung des Versicherten ist zu dokumentieren, und

2. wenn ihnen von den Versicherten, die am Hausarztssystem teilnehmen, eine Überweisung des Hausarztes vorliegt; dies gilt nicht für Frauenärzte und Augenärzte.“

d) Absatz 1c wird wie folgt gefasst:

„(1c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung, insbesondere sollen qualitative Mindeststandards für die Anforderungen an die hausärztliche Tätigkeit vorgesehen werden.“

e) In Absatz 5 Satz 2 werden nach den Wörtern „auf dem Verordnungsblatt“ die Wörter „oder in dem elektronischen Verordnungsdatensatz“ eingefügt.

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Nutzen“ ein Komma und die Wörter „bei Arzneimitteln einschließlich der Angabe einer Referenzsubstanz“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2“ durch die Wörter „der Hinweise nach § 92 Abs. 2 Satz 3“ ersetzt.

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„In den Informationen und Hinweisen sind Handelsbezeichnung, Indikationen und Preise sowie weitere für die Verordnung von Arzneimitteln bedeutsame Angaben insbesondere aufgrund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in einer Weise anzugeben, die unmittelbar einen Vergleich ermöglichen; dafür können Arzneimittel ausgewählt werden, die einen maßgeblichen Anteil an der Versorgung der Versicherten im Indikationsgebiet haben. Die Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis sind nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation anzugeben. Es gilt die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebene Klassifikation in der jeweils gültigen Fassung. Die Übersicht ist für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, im Regelfall jährlich, zu aktualisieren.“

30. § 75 wird wie folgt geändert:

In § 75 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz werden nach dem Wort „Versorgung“ ein Komma und die Wörter „soweit sie nicht durch Verträge nach § 106b sicherzustellen ist,“ eingefügt.

31. § 76 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach den Worten „zugelassenen Ärzten,“ die Angabe „den nach § 106b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, den Gesundheitszentren,“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Einrichtungen“ ein Komma und die Angabe „Gesundheitszentren oder ein nach § 106b an der ambulanten Versorgung teilnehmender Leistungserbringer“ eingefügt.

32. § 77 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Sind in einem Land mehr als 12 000 Ärzte zugelassen und besteht am 1. Januar 2004 mehr als eine Kassenärztliche Vereinigung in diesem Land, können mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zwei Kassenärztliche Vereinigungen errichtet werden oder fortbestehen. Sind in einem Land mehr als 6 000 Zahnärzte zugelassen, gilt Satz 2 für Kassenzahnärztliche Vereinigungen entsprechend.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Durchführung der nach Absatz 1 erforderlichen Organisationsänderungen regeln die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können längstens bis zum 31. Dezember 2007 unterschiedliche Verteilungsmaßstäbe gemäß § 85 Abs. 4 für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Kassenärztlichen Vereinigungen anwenden.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die zugelassenen Ärzte und die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen Gesundheitszentren tätigen angestellten Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.“

- d) Absatz 6 wird aufgehoben.

33. § 79 wird wie folgt gefasst:

„§ 79
Organe

(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden ausschließlich eine Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Dabei sind Hausärzte entsprechend ihrem Anteil an den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereini-

gung vertreten. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung oder mehr als 2 000 Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung oder mehr als 5 000 Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf bis zu 50 erhöht werden. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder.

(3) Die Vertreterversammlung hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen, den Vorstand zu überwachen,
2. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Körperschaft von grundsätzlicher Bedeutung sind,
3. den Haushaltsplan festzustellen,
4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. die Körperschaft gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten und
6. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.

Sie kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. In der Vertreterversammlung sind in Angelegenheiten, die ausschließlich die Hausärzte betreffen, nur die Mitglieder dieser Gruppe stimmberechtigt.

(4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern. In der Satzung kann der Vorstand auf bis zu fünf Mitglieder erweitert werden. Die Mitglieder des Vorstands vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Amtszeit beträgt 6 Jahre; die Wiederwahl ist möglich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind zum 1. März 2005 im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Veränderungen der jährlichen Vergütungshöhe oder der wesentlichen Versorgungsregelungen sind in gleicher Weise innerhalb eines Monats nach der Vereinbarung zu veröffentlichen. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der bis zum 31. Dezember 2004 ehrenamtlich tätigen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind zum 1. März 2004 im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

(5) Der Vorstand verwaltet die Körperschaft und tritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Körperschaft vertreten können.

(6) § 35a Abs. 1 Satz 3 und 4, Abs. 2, Abs. 5 Satz 1, Abs. 7 und § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches gelten entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstan-

- des die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen.“
34. § 79a Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „zu Selbstverwaltungsorganen“ werden durch die Wörter „der Vertreterversammlung und des Vorstandes“ ersetzt.
 - bb) Das Wort „Selbstverwaltungsorgane“ wird durch die Wörter „die Vertreterversammlung oder der Vorstand“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird das Wort „Selbstverwaltungsorgane“ durch die Wörter „die Vertreterversammlung oder der Vorstand“ ersetzt.
35. § 79b wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 das Wort „ordentlichen“ gestrichen.
 - b) In Satz 5 werden nach dem Wort „Fragen“ ein Komma und die Angabe „insbesondere über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und §§ 85 bis 87,“ eingefügt.
36. § 80 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Hausärzte und die übrigen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt aus ihrer Mitte die Mitglieder der Vertreterversammlung, die auf sie gemäß § 79 Abs. 2 Satz 1 und 2 entfallen. Die Psychotherapeuten wählen ihre Mitglieder der Vertreterversammlung entsprechend Satz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten sind. Die Wahlen erfolgen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Das Nähere bestimmt die Satzung. Die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigt werden.“
 - b) Absatz 1a wird aufgehoben.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Selbstverwaltungsorgane“ durch das Wort „Vertreterversammlung“ und die Angabe „vier“ durch die Angabe „sechs“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „vierten“ durch die Angabe „sechsten“ ersetzt.
37. § 81 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen enthalten über
1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
 2. Zusammensetzung, Wahl und Zahl der Mitglieder der Organe,
 3. Öffentlichkeit und Art der Beschlussfassung der Vertreterversammlung,
 4. Rechte und Pflichten der Organe und der Mitglieder,
 5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
 6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
 7. Änderung der Satzung,
 8. Entschädigungsregelung für Organmitglieder,
 9. Art der Bekanntmachungen.
- Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.“
38. Nach § 81 wird folgender § 81a eingefügt:
- „§ 81a
Korruptionsbekämpfungsstellen
- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.
 - (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 unterstützen.
 - (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.
 - (4) Der Vorstand hat der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der Aufsichtsbehörde zuzuleiten.“
39. In § 82 Abs. 3 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.
40. § 83 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
 - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
41. § 84 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Gegenstand der Gesamtverträge“ durch das Wort „auszugleichen“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„In den Gesamtverträgen vereinbaren die Vertragspartner das Nähere des Ausgleichs; dabei kann auch ein nur teilweiser Ausgleich vereinbart werden, sofern dies unter Berücksichtigung der Ursachen der Abweichung vom Ausgaben-volumen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und der Erfüllung der Zielvereinbarung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 gerechtfertigt ist. In den Gesamtverträgen ist zu regeln, dass an dem Ausgleich nach Satz 2 diejenigen Vertragsärzte nicht zu beteiligen sind, die keine Arzneimittel verordnen oder bei denen die Schnellinformationen nach Absatz 5 Satz 4 anzeigen, dass das Richtgrößenvolumen nach Absatz 6 Satz 1 unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten eingehalten wird; der Ausgleichsbetrag eines Vertragsarztes ist um durchgeführte Regresse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vermindern. Das Nähere vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1.“

cc) Im bisherigen Satz 3 wird das Wort „kann“ durch das Wort „ist“ ersetzt und das Wort „werden“ gestrichen.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) In der Vereinbarung nach Absatz 1 ist ein Betrag als Vomhundertsatz der Gesamtvergütungen, mindestens insgesamt 0,5 vom Hundert, zu bestimmen, der für zwischen den Vertragspartnern abgestimmte Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet wird. Aus dem Betrag nach Satz 1 sollen auch Bonuszahlungen an die Vertragsärzte verteilt werden, bei denen die Schnellinformationen nach Absatz 5 Satz 4 anzeigen, dass das Richtgrößenvolumen nach Absatz 6 Satz 1 eingehalten wird. Dabei ist im Rahmen der Honorarverteilung sicherzustellen, dass die einzelnen Arztgruppen entsprechend ihres Anteils am Verordnungsvolumen an der Aufbringung des Betrages nach Satz 1 beteiligt werden. Das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 zu regeln.“

42. § 85 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 83 Satz 2“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.

bb) In Satz 1 Nr. 2 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 83 Satz 2“ ersetzt.

cc) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Beim Zahnersatz entsprechen der Gesamtvergütung die Festzuschüsse nach § 30, die von den Parteien der Gesamtverträge für die Leistungskomplexe nach § 87 Abs. 2d gebildet werden; Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sind nicht zulässig.“

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 2 ist eine Überschreitung der Veränderungs-raten nach § 71 Abs. 3 zulässig, wenn Mehrausgaben aufgrund von Beschlüssen der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs. 1 entstehen; dabei ist zu prüfen, inwieweit die Mehrausgaben durch Minderausgaben aufgrund eines Wegfalls von Leistungen, die aufgrund einer Prüfung nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden können.“

d) In Absatz 3c Satz 2 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie wendet dabei den mit den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbarten Verteilungsmaßstab an.“

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“

cc) Die Sätze 6, 7 und 8 werden wie folgt gefasst:

„Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen oder Gruppen von Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung des Grenzwertes ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird.“

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2.“

f) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „erstmalig bis zum 28. Februar 2000“ gestrichen und der zweite Halbsatz wie folgt gefasst: „er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 31. Dezember 2004, den Inhalt der nach Absatz 4 Satz 4, 6, 7 und 8 zu treffenden Regelungen.“

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen dem Bewertungsausschuss die für die Aufgaben nach Satz 1 erforderlichen Daten nach Maßgabe

der vom Bewertungsausschuss zu bestimmen den inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben zur Verfügung.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jährlich jeweils bis zum 31. Dezember einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorjahr vor; das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann das Nähere zum Inhalt des Berichts bestimmen.“

43. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Spätestens bis zum 1. Januar 2006 ist auch ein Verfahren für die elektronische Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen.“

bb) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen.“

c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind, unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen, zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen; für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Abrechnung von Fallpauschalen sind Regelungen für den dabei zu erbringenden Leistungsumfang zu treffen; bei Fallpauschalen nach Satz 1 zweiter Halbsatz sind ferner Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte festzulegen.“

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

„Für die hausärztliche Versorgung von Versicherten im Rahmen von Hausarztssystemen sind Vergütungspauschalen vorzusehen, mit welchen die gesamte hausärztliche Versorgung eines Versicherten vergütet wird; soweit erforderlich, können Vergütungen für Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Bei der Festlegung der Pauschalen nach Satz 5 können die mit dem Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten sowie der erhöhte Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsaufwand im Rahmen dieser Modelle berücksichtigt werden. Die Regelungen nach Satz 1, 2, 5 und 6 sind erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 zu treffen.“

dd) In dem bisherigen Satz 4 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden.“

ee) Der bisherige Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Im Verteilungsmaßstab nach § 85 Abs. 4 sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der in den Sätzen 4 und 5 genannten Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im jeweiligen Abrechnungszeitraum erfolgt; ferner sind Regelungen für den Fall eines Arztwechsels innerhalb des Abrechnungszeitraums vorzusehen.“

ff) Der bisherige Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Bewertung der von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); der Bewertungsausschuss bestimmt, erstmalig bis zum 31. Dezember 2004, die Leistungen, insbesondere medizinisch-technische Leistungen, für die eine Abstaffelung vorzunehmen ist.“

gg) Der bisherige Satz 8 wird aufgehoben.

d) Absatz 2c wird wie folgt gefasst:

„(2c) Der Bewertungsausschuss soll Regelungen zur Begrenzung veranlasster medizinisch-technischer Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang treffen.“

e) In Absatz 2d Satz 1 werden die Wörter „können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden“ durch die Wörter „sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen“ ersetzt.

f) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Es kann sie innerhalb

von zwei Monaten beanstanden. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Vereinbarungen festsetzen. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung abweichend von Satz 3 den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist die Vereinbarung fest; Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.“

44. § 88 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Diese sind zu Leistungskomplexen zusammenzuführen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungskomplexe. Zugleich bilden sie die Festzuschüsse nach § 30 für zahntechnische Leistungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden. Festzuschüsse für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, haben die Festzuschüsse nach Satz 2 um 5 vom Hundert zu unterschreiten.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Krankenkassen haben die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten zu informieren.“

45. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach Satz 4 folgende Sätze eingefügt:

„Kommt ein Vertrag durch Schiedsspruch nach Satz 1 bis zum Ablauf von drei Monaten nicht zu Stande, setzt die Mehrheit der unparteiischen Mitglieder innerhalb eines weiteren Monats den Vertragsinhalt fest. Kommt ein Vertrag bis zum Ablauf dieser Frist nicht zu Stande und setzt das Schiedsamt auch innerhalb einer von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmten Frist den Vertragsinhalt nicht fest, setzt die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde den Vertragsinhalt fest.“

- b) In Absatz 1a wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Absatz 1 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.“

- c) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 83“ ersetzt.

45a. In § 90 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Vor den Beschlüssen der Landesausschüsse nach §§ 100 und 103 Abs. 1 bis 3 ist den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Landesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

46. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Sie können dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.“

- bb) Im bisherigen Satz 2 wird Nummer 10 aufgehoben, nach Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 12 angefügt:

„12. Inhalte und den zeitlichen Umfang der Fortbildung, die für den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 Abs. 2b erforderlich ist.“

- cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Zu einer Empfehlung, die das Zentrum nach § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 zu einem Bereich abgegeben hat, der in den in Satz 2 genannten Richtlinien zu regeln ist, haben die Bundesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Abgabe der Empfehlung Richtlinien zu beschließen oder dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gegenüber zu begründen, aus welchen Gründen keine Richtlinien beschlossen werden. Wird bei dem Richtlinienbeschluss von den Empfehlungen abgewichen, ist die abweichende Entscheidung bei der Vorlage der Richtlinien nach § 94 Abs. 1 zu begründen.“

- b) In Absatz 2 Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„§ 73 Abs. 8 Satz 1 gilt entsprechend, dabei sollen die Hinweise, die in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 aufgeführten Referenzarzneimittel einbeziehen.“

- c) Nach Absatz 7a wird folgender Absatz 7b eingefügt:

„(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 ist der Beauftragten oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten sowie den für die Wahrnehmung der

Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

47. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene Gesundheitszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Gesundheitszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte tätig sind, mit Ausnahme der Einrichtungen nach § 107. Die Gesundheitszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als Gesundheitszentrum (Vertragsarztsitz).

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „Arzt“ durch die Wörter „Zahnarzt, Hausarzt, Frauenarzt oder Augenarzt“ ersetzt.

bb) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Um die Zulassung kann sich ein Gesundheitszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen und entweder Hausärzte, Augenärzte oder Frauenärzte sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte eines zugelassenen Gesundheitszentrums entsprechend. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen Gesundheitszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 4 erfüllt sind. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines Gesundheitszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen Gesundheitszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind.“

c) Nach Absatz 2a werden folgende Absätze 2b und 2c eingefügt:

„(2b) Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber dem Zulassungsausschuss den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach § 95d Abs. 1 nachgekommen ist; für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. Kann der Vertragsarzt den Nachweis nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig erbringen, hat der Zulassungsausschuss ihm eine angemessene Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn darauf hinzuweisen, dass bei Nichterfüllung der Nachweispflicht die Zulassung zu entziehen ist. Erbringt der Vertragsarzt nicht mit Ablauf der Nachfrist den Fortbildungsnachweis nach Satz 1, ist ihm die Zulassung zu

entziehen. Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. Vertragsärzte, die bereits bei Inkrafttreten des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes zugelassen sind, haben den Nachweis nach Satz 1 erstmals mit Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes zu erbringen; Satz 2 gilt entsprechend.

(2c) Ein zugelassenes Gesundheitszentrum hat gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass sich die in dem Zentrum angestellten Ärzte alle fünf Jahre seit Genehmigung der Anstellung entsprechend § 95d Abs. 1 fortgebildet haben. Absatz 2b Sätze 2 und 4 gelten entsprechend. Hat das zugelassene Gesundheitszentrum bis zum Ablauf der Nachfrist für einen bei ihm angestellten Arzt die Fortbildung nach Satz 1 nicht nachgewiesen, hat der Zulassungsausschuss die Genehmigung der Anstellung zu widerrufen.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Zulassung des Gesundheitszentrums bewirkt, dass die in dem Gesundheitszentrum angestellten Hausärzte, Frauenärzte oder Augenärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Gesundheitszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene Gesundheitszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist.“

bb) Im bisherigen Satz 2 werden die Wörter „für ihn“ gestrichen.

e) In Absatz 4 Satz 3 wird nach dem Wort „Absätze“ die Angabe „2b,“ eingefügt.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

„oder wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Satz 1 gilt für zugelassene Gesundheitszentren entsprechend.“

g) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt für die zugelassenen Gesundheitszentren entsprechend.“

h) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Zulassung eines Gesundheitszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des Gesundheitszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.“

bb) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „Satz 3 Nr. 2“ durch die Angabe „Satz 4 Nr. 2“ und im

bisherigen Satz 5 die Angabe „Sätze 2 bis 4“ durch die Angabe „Sätze 3 bis 5“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Anstellung von Ärzten in zugelassenen Gesundheitszentren endet mit Vollendung des 68. Lebensjahres; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.“

i) In Absatz 9 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 7 gilt“ durch die Angabe „Absätze 2b und 7 gelten“ ersetzt.

48. Dem § 95b wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Absätze 1 bis 3 gelten für die Gesundheitszentren entsprechend.“

49. Nach § 95c wird folgender § 95d eingefügt:

„§ 95d

Pflicht zur fachlichen Fortbildung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen und ausschließlich fachliche Themen behandeln. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein; das ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn ein Unternehmen der Pharmazeutischen Industrie, ein Medizinproduktehersteller, ein Unternehmen vergleichbarer Art oder eine Vereinigung solcher Unternehmen eine produktbezogene Informationsveranstaltung durchführt oder den Teilnehmern an einer solchen Veranstaltung entsprechende Mittel zuwendet.

(2) Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben erstmals bis zum 31. März 2004 in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Art, Inhalt und zeitlichen Umfang der Fortbildung festzulegen, die für den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 Abs. 2b Satz 1 erforderlich ist. Sie haben zu regeln, dass der Nachweis insbesondere durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden kann; diese Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat, und die Erfüllung der Anforderungen an die fachliche Fortbildung nach Absatz 1 Sätze 2 und 3 gewährleisten. In den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist vorzusehen, dass dem Arzt auf Antrag eine für den Nachweis geeignete Bescheinigung ausgestellt wird, wenn er an einer Fortbildung teilgenommen hat, die den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 entspricht. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist der Bundesärztekammer sowie vor Entscheidung des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellung-

nahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

50. Dem § 100 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (§ 101) um 25 vom Hundert unterschritten wird.“

51. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „für die Arztgruppen der Hausärzte, der Frauenärzte und der Augenärzte“ eingefügt.

bb) In Nummer 4 werden nach der Angabe „§ 311 Abs. 2 Satz 1“ die Wörter „und in einem Gesundheitszentrum“ eingefügt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion sind die in einem zugelassenen Gesundheitszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen.“

52. § 103 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „grundsätzlich nur“ durch das Wort „vorrangig“ ersetzt.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Verzichtet ein hausärztlich, frauenärztlich oder augenärztlich tätiger Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem Gesundheitszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Gesundheitszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt. Absatz 4 und 5 gilt entsprechend. Zugelassenen Gesundheitszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

52a. § 105 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 getroffen hat.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz, über die Höhe der zu zahlenden Sicherstellungszuschläge je Arzt, über die Dauer der Maß-

nahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis. Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Gesamtvergütung nach § 85 entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. Die Höhe der insgesamt in einem Kalenderjahr gezahlten Sicherstellungszuschläge im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung darf den Betrag von 1 vom Hundert der insgesamt an diese Kassenärztliche Vereinigung nach § 85 entrichteten Gesamtvergütungen nicht überschreiten. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages nach Satz 2 auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“

53. § 106 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),“

bb) In Satz 2 wird das Semikolon und der zweite Halbsatz gestrichen.

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.“

dd) Satz 5 und 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Der einer Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.“

ee) Satz 7 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 2a werden folgende Absätze 2b und 2c eingefügt:

„(2b) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2a, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen, erstmalig bis zum 31. Dezember 2004. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen

des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinien erlassen.

(2c) Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die den Geschäftsstellen nach Absatz 4a gemäß § 296 Abs. 1 und 2, § 297 Abs. 1 bis 3 und § 297a Abs. 1 bis 3 übermittelt werden. Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Verfahren zur“ durch die Wörter „Inhalt und Durchführung der“ und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die Richtlinien nach Absatz 2b sind Inhalt der Vereinbarungen.“

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„In den Vereinbarungen ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bilden bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem der in Satz 5 genannten Landesverbände einen gemeinsamen Prüfungsausschuss. Der Prüfungsausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Prüfungsausschusses sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 7 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen und entscheidet über den Sitz des Prüfungsausschusses.“

e) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Prüfungsausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben durch eine Geschäftsstelle unterstützt. Die Geschäftsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem der in Absatz 4 Satz 5 genannten Landesverbände oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Ausstattung der Geschäfts-

stelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Inhalte und Abläufe der Tätigkeit der Geschäftsstelle entscheidet der Prüfungsausschuss. Die innere Organisation ist so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. Über die nach Satz 2 zu treffende Entscheidung sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 7. Die Geschäftsstelle bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 und 5b erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und legt diese dem Prüfungsausschuss verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vor. Die Kosten des Prüfungsausschusses sowie der Geschäftsstelle tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse sowie der Geschäftsstellen einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse bestimmen.“

- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „führt die Prüfungen nach Absatz 2 durch; er“ gestrichen.
- bb) Die Sätze 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:
- „Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können nur die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die betroffenen Krankenkassen Klage erheben; ein Vorverfahren findet nicht statt. Im Falle von Prüfungen ärztlicher Leistungen gilt Satz 3 für die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“
- cc) Die bisherigen Sätze 6 und 7 werden aufgehoben.
- g) Absatz 5a wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 5 wird aufgehoben.
- bb) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „das Verfahren der Erstattung des nach Satz 4 festgesetzten Betrages“ durch die Wörter „die Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten“ ersetzt.
- cc) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.
- h) Nach Absatz 5a werden folgende Absätze 5b bis 5d eingefügt:
- „(5b) Zusätzlich zu den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 ist arztbezogen die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35b beruht. Das Nähere ist in Vereinbarungen nach Absatz 3 zu regeln. Dabei ist auch

eine Mindestzahl an Prüfungen zu vereinbaren. Der Arzt ist verpflichtet, den Krankenkassen den sich aus einer Nichtbeachtung der Richtlinien ergebenden Mehraufwand, der vom Prüfungsausschuss festzustellen ist, zu erstatten.

(5c) Der Prüfungsausschuss setzt den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Absatz 5a und 5b fest. Die nach § 85 zu entrichtenden Gesamtvergütungen verringern sich um diesen Betrag. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegenüber dem Vertragsarzt, die den Gesamtvergütungen zugerechnet werden. Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung sie entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Vierten Buches stunden oder erlassen.

(5d) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Absatz 5a Satz 4 und Absatz 5b Satz 4 nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.“

i) In Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz wird die Angabe „§ 83 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

j) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Aufsicht über die Prüfungsausschüsse einschließlich der Geschäftsstellen nach Absatz 4 und 4a führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungsausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Prüfungen und die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.“

54. Nach § 106 wird folgender § 106a eingefügt:

„§ 106a
Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität. Gegenstand der Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in län-

geren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Bei den Prüfungen ist von dem durch den Vertragsarzt angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 3 genannten Verbände der Krankenkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(2) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte hinsichtlich ihrer Leistungspflicht. Sie unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 und 2. In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung des Zeitrahmens nach Absatz 1 Satz 3 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen vorzusehen. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 4 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2004 Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 und 2; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 1 Satz 2 und 3. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinien erlassen.“

55. Dem zweiten Abschnitt des Vierten Kapitels wird folgender Zehnter Titel angefügt:

„Zehnter Titel
Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung

§ 106b
Einzelverträge

(1) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen haben zur Sicherstellung der bedarfsgerechten ambulanten und belegärztlichen fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Versorgung mit Leistungen der Hausärzte, Frauenärzte und der Augenärzte Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit

1. geeigneten Ärzten und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister nach § 95a oder § 95c erfüllen,
2. Gesundheitszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 2), dessen Ärzte die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister nach § 95a oder § 95c erfüllen und für die Tätigkeit geeignet sind; der Eintragung in das Arztregister bedarf es nicht; die Voraussetzung, wonach Gesundheitszentren fachübergreifend tätig sein müssen (§ 95 Abs. 1 Satz 2), gilt nicht für solche Gesundheitszentren, die ausschließlich Leistungen der Dialyse erbringen,
3. geeigneten Krankenhausärzten, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist.

Dies gilt nicht für die zahnärztliche Versorgung.

(2) Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Vertragsbestimmungen, die einen Leistungserbringer ausschließlich an die Krankenkasse oder den Verband binden, mit dem er den Vertrag geschlossen hat, sind unwirksam. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sollen die Verträge mit den Leistungserbringern verlängern, sofern diese die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Qualitätsanforderungen in dem abgelaufenen Vertragszeitraum eingehalten haben und ein entsprechender Versorgungsbedarf weiterhin besteht.

(3) Verpflichtender Bestandteil der Verträge ist die Geltung der Richtlinien der Bundesausschüsse nach § 92 mit Ausnahme der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 9, die Geltung des § 73 Abs. 4 und 5, des § 74 und der Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2. Bei der Regelung zur Vergütung gelten die Amtlichen Gebührenordnungen nicht. Für Ärzte und Psychotherapeuten sowie für die angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in den Gesundheitszentren gilt die Altersgrenze des § 95 Abs. 7 Satz 3 entsprechend.

(4) Ein Arzt oder Psychotherapeut hat alle fünf Jahre gegenüber seinem Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 nachzuweisen, dass er sich in dem unmittelbar zurückliegenden Fünfjahreszeitraum entsprechend § 95d Abs. 1 fortgebildet hat. Kann der Arzt oder Psychotherapeut den Nachweis der Fortbildung nicht oder nicht vollständig erbringen, hat der Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 ihm eine angemessene Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn darauf hinzuweisen, dass bei Nichterfüllung der Nachweispflicht der Vertrag zu kündigen ist. Erbringt der Arzt oder Psychotherapeut nicht mit Ablauf der Nachfrist den Fortbildungsnachweis nach Satz 1, ist der Vertrag zu kündigen. Ein Gesundheitszentrum hat vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber seinem Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 nachzuweisen, dass die in dem Zentrum angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sich in dem unmittelbar zurückliegenden Fünfjahreszeitraum

entsprechend § 95d Abs. 1 fortgebildet haben; Satz 2 gilt entsprechend. Nach Ablauf der Nachfrist ist der Vertrag mit dem Gesundheitszentrum insoweit zu kündigen, als er sich auf die Leistungserbringung durch Ärzte oder Psychotherapeuten bezieht, für die das Gesundheitszentrum die Fortbildung nach Satz 4 nicht nachgewiesen hat.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben gemeinsam mit den Krankenkassen der jeweiligen Kassenart sicherzustellen, dass eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung einschließlich der Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) gewährleistet ist; dabei haben sie die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach Satz 2 festzulegenden Rahmenbedingungen zu beachten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich legen erstmals bis zum 30. Juni 2004 die Rahmenbedingungen für die Sicherstellung und Durchführung der Versorgung fest. Es sind insbesondere zu regeln:

1. Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung; § 92 Abs. 7b gilt entsprechend,
2. Vorgaben für eine diskriminierungsfreie Ausschreibung und für ein objektives Auswahlverfahren der Leistungserbringer,
3. Vorgaben für Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen,
4. Vorgaben für die Prüfung der Erfüllung der Fortbildungspflicht und
5. Vorgaben für die Eignung und Qualität der Ärzte und Psychotherapeuten.

Für die Regelung der Vorgaben nach Satz 3 Nr. 1 können die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen abgeben.

(6) Ist die bedarfsgerechte ambulante Versorgung gefährdet und werden Verträge durch die Leistungserbringer nicht verlängert, sind die Leistungserbringer zur Vermeidung von Versorgungslücken auf Verlangen der Krankenkasse oder des Verbandes, die die Verträge geschlossen haben, längstens bis zu sechs Monaten in dem bisher vertraglich vereinbarten Umfang und zu den bisher vertraglich vereinbarten Bedingungen zur Leistungserbringung weiterhin verpflichtet, es sei denn, sie weisen nach, dass ihnen die weitere Teilnahme an der ambulanten Versorgung unzumutbar ist. Ist die bedarfsgerechte ambulante Versorgung gefährdet, können die Krankenkassen oder die Verbände nach Absatz 1 Satz 1 zur Schließung der Versorgungslücken Verträge mit zugelassenen Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung schließen. Die Feststellung der Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgung richtet sich nach den Vorgaben nach Absatz 5 Satz 3 Nr. 1.

(7) Wenn Ärzte und Psychotherapeuten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, Verträge nach Absatz 1 abschließen, endet ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der beteiligten Krankenkassen; die Krankenkassen haben den

Zulassungsausschuss und die Kassenärztliche Vereinigung darüber zu informieren. Die Zulassung dieser Ärzte und Psychotherapeuten beschränkt sich auf die Versorgung der Versicherten der am Vertragsschluss nach Satz 1 nicht beteiligten Krankenkassen.

(8) Beendet ein Leistungserbringer die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkasse durch Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1, wird der nach § 85 Abs. 4 und 4a für die fachärztliche Versorgung bestimmte Betrag der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 1 nach Maßgabe von Satz 2 bereinigt. Der Gesamtvergütungsbetrag nach Satz 1 vermindert sich um einen Vomhundertsatz, der dem relativen Anteil des abgerechneten Punktzahlvolumens des ausscheidenden Leistungserbringers an der Gesamtheit des Punktzahlvolumens der fachärztlichen Versorgung entspricht; dabei ist jeweils das zu Lasten der einzelnen Krankenkasse abgerechnete und anerkannte Punktzahlvolumen des letzten Kalenderjahres zugrunde zu legen. Die nach Satz 2 bereinigte Gesamtvergütung ist die Ausgangsbasis für die Vereinbarung der Gesamtvergütung für den jeweils folgenden Vertragszeitraum. Die Vertragspartner nach § 83 haben eine Vereinbarung über die Bereinigung der Gesamtvergütung nach Satz 2 zu treffen; sie können ein von Satz 2 abweichendes Bereinigungsverfahren vereinbaren. Im Verteilungsmaßstab nach § 85 Abs. 4 Satz 2 sind Maßnahmen vorzusehen, die eine Benachteiligung der nicht in Absatz 1 genannten Fachärzte durch die nach Satz 2 verminderte Gesamtvergütung ausschließen.

(9) Endet die Teilnahme eines Arztes oder Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkasse aus anderen als den in Absatz 8 genannten Gründen, gilt Absatz 8 entsprechend, sofern auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Absatz 1 eine den Leistungen des Leistungserbringers im letzten Kalenderjahr nach Art und Umfang vergleichbare Versorgung sichergestellt worden ist.

(10) Die Krankenkassen prüfen die Qualität der ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 136 Abs. 2 Satz 2 gelten entsprechend.“

56. § 108 wird wie folgt gefasst:

„§ 108
Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben,
2. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes und
3. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2007 in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.“

57. § 109 wird wie folgt gefasst:

„§ 109

Abschluss von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 1 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes als Abschluss des Versorgungsvertrages. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2007 in einen Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgenommen sind, gelten als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den Trägern der nach § 108 Nr. 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2007 die Leistungsstruktur des Krankenhauses und die Aufgabenstellung zur Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 109a. Änderungen des Versorgungsauftrages, der Leistungsstruktur oder der Bettenzahl werden durch die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbart oder im Wege der Teilkündigung nach § 110 bewirkt. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

(2) Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrages bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird. Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben nach § 109a für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben Abschluss, Änderung und Ablehnung von Versorgungsverträgen der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann den Abschluss, die Änderung und die Ablehnung eines Versorgungsvertrages beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind. Der Versorgungsvertrag und die Änderung eines Versorgungsvertrages werden wirksam, wenn die Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Beanstandung des Abschlusses und

der Änderung eines Versorgungsvertrages und gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Beanstandet die Landesbehörde die Ablehnung eines Versorgungsvertrages und helfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Beanstandung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Beanstandung nicht ab, kann die Landesbehörde den Versorgungsvertrag für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen abschließen; gegen den Abschluss eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.

(4) Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Durch den Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus in dem vereinbarten oder festgelegten Umfang zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuches Verhandlungen über Vergütungsvereinbarungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegegesetzordnung zu führen.“

58. Nach § 109 wird folgender § 109a eingefügt:

„§ 109a

Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

Als Grundlage für den Abschluss, die Änderung und die Kündigung von Versorgungsverträgen beschließt die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung fortzuschreiben sind. Die Landeskrankengesellschaft und weitere Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sind anzuhören. Die Rahmenvorgaben beinhalten insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen, die bezogen auf die Fallgruppen des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes darzustellen sind, sowie Aussagen zur Sicherstellung der Notfallversorgung und Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbehandlung; sie haben auch die Versorgung von Patienten aus anderen Bundesländern zu berücksichtigen. Soweit Einvernehmen nicht hergestellt wird, entscheidet die zuständige Landesbehörde. Die Rahmenvorgaben sind erstmals bis zum 30. Juni 2006 zu beschließen. Sie treten zum 1. Januar 2007 in Kraft. Grundlage für die erstmalige Ermittlung des Leistungsbedarfs bilden die Leistungszahlen des Jahres 2005 unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen.“

59. § 110 wird wie folgt gefasst:

„§ 110

Kündigung von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern

(1) Jede Vertragspartei kann einen Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise kündigen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 2 Satz 3 genannten Gründen unter Beachtung von Rahmenvorgaben nach § 109a kündigen. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn der Kündigungsgrund nicht nur vorübergehend besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann die Kündigung beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind und das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach Anzeige der Kündigung eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Beanstandung einer Kündigung durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

60. In § 111b Satz 3 werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ die Wörter „, den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ eingefügt.

61. In § 113 Abs. 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 83 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

62. In § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 wird der zweite Halbsatz gestrichen und das Semikolon durch ein Komma ersetzt.

63. § 115a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird die Angabe „sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen“ durch die Wörter „einen Monat“ ersetzt.

b) In Satz 3 wird die Angabe „14 Tagen“ durch die Angabe „einem Monat“ ersetzt.

c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam können mit der Landeskrankenhausesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Satz 1 bis 3 abweichenden Regelungen vereinbaren, wobei nach Krankheitsbildern zu unterscheiden ist; sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich und können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.“

d) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.

64. § 115b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Vertragsärzte“ die Wörter „, bei ambulant durchführbaren Operationen in Form von Fallpauschalen,“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „bis zum 31. Dezember 2000“ gestrichen.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„In der Vereinbarung von Fallpauschalen nach Satz 1 Nr. 2 sind Regelungen über den dabei zu erbringenden Leistungsumfang zu treffen; Fallpauschalen sind erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 zu vereinbaren.“

b) In Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz angefügt:

„Stellt keine der Vertragsparteien bei dem Bundesschiedsamt einen Antrag, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Ablauf einer von ihm gesetzten angemessenen Frist das Bundesschiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Bereiche zu erlassen, in denen eine Regelung nach Absatz 1 oder 3 ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 2004 nicht zustande gekommen oder durch Kündigung entfallen ist.“

65. In § 116 Satz 1 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „in der hausärztlichen, frauenärztlichen oder augenärztlichen Versorgung“ eingefügt:

66. Nach § 116 werden folgende §§ 116a und 116b eingefügt:

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser
bei Unterversorgung

Der Zulassungsausschuss ist verpflichtet, zugelassene Krankenhäuser in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, soweit und solange die Unterversorgung anhält. § 120 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 116b

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

(1) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137g teilnehmen, Verträge nach § 106b über ambulante ärztliche Behandlung abschließen, soweit die Anforderun-

gen an die Durchführung nach § 137g zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme dies erfordern.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam einen Katalog ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen. Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge nach § 106b zur Teilnahme an der ambulanten Erbringung der im Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen schließen.“

67. § 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich sind verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken Verträge über die ambulante Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen durch die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulklinken (Hochschulambulanzen) abzuschließen. Die Verträge sind so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 und Abs. 10 gilt entsprechend.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 und 2 wird jeweils das Wort „Ermächtigung“ durch das Wort „Verträge“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden nach der Bezeichnung „§ 120“ die Angabe „Abs. 2 bis 4“ eingefügt.

68. § 118 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich sind verpflichtet, auf Verlangen der psychiatrischen Krankenhäuser Verträge zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu schließen. § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 und Abs. 10 gilt entsprechend.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich sind verpflichtet, mit Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung Verträge über psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppen zu schließen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich legen in einem Vertrag mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1

bedürfen. Kommt der Vertrag nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch eine Schiedsstelle festgelegt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl soweit einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; § 18 Abs. 6 Satz 4 bis 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Absatz 1 Satz 3 gilt. § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 und Abs. 10 gilt entsprechend.“

69. Nach § 119 wird folgender § 119a eingefügt:

„§ 119a

Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich sind verpflichtet, mit solchen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, Verträge über die ambulante ärztliche Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu schließen, soweit und solange die Versicherten wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 und Abs. 10 gilt entsprechend.“

70. In § 120 Abs. 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.

71. § 125 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ die Wörter „sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Stellungnahme“ durch das Wort „Stellungnahmen“ und das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.

cc) In Satz 4 Nr. 2 werden vor dem Wort „Qualitätssicherung“ die Wörter „Fortbildung und“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, ist die Zulassung zu entziehen. Kann der Leistungserbringer den Nachweis der Fortbildung nicht oder nicht vollständig erbringen, hat der vertragschlie-

bende Verband der Krankenkasse ihm eine angemessene Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn darauf hinzuweisen, dass bei Nichterfüllung der Nachweispflicht die Zulassung zu entziehen ist. Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität schließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden.“

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenkassen müssen die Versicherten sowie die Ärzte über die Leistungserbringer von Hilfsmitteln, mit denen sie eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 4 geschlossen haben, sowie über die vereinbarten Preise informieren. Soweit zugelassene Leistungserbringer keine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 4 geschlossen haben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber zu informieren.“

72. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Zudem regeln die Vertragsparteien nach Satz 1 die Abrechnung der Festbeträge.

(2) Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Absatz 1 bei gleicher Qualität schließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. In den Verträgen können sich Leistungserbringer auch bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben.“

b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen müssen die Versicherten sowie die Ärzte über die Leistungserbringer von Hilfsmitteln, mit denen sie eine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen haben, sowie über die vereinbarten Preise informieren. Soweit zugelassene Leistungserbringer keine Vereinbarung nach Absatz 2 geschlossen haben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber zu informieren.“

73. In § 128 Satz 4 werden nach dem Wort „Hilfsmittelhersteller“ die Wörter „sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ eingefügt.

74. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln, sofern der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis mindestens 10 vom Hundert und gleichzeitig mindestens 2 Euro niedriger ist als der Arzneimittelabgabepreis des Bezugsarzneimittels, nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2, in dem auch ein hiervon abweichender Vomhundertsatz oder Mindestbetrag vereinbart werden kann,“.

bb) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Packungsgrößen innerhalb einer Zuzahlungsstufe gelten als identisch.“

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Bei der Ermittlung der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels wird ein Arzneimittel nicht berücksichtigt, dessen Arzneimittelabgabepreis 90 vom Hundert des Preises desjenigen Arzneimittels übersteigt, das als erstes Arzneimittel mit diesem Wirkstoff zugelassen worden ist, es sei denn, der Anteil des nicht als erstes zugelassenen Arzneimittels an der Gesamtzahl der Packungen der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff, identischer Wirkstärke und Packungsgröße und vergleichbarer Darreichungsform erreicht einen Anteil von mindestens 10 vom Hundert im Zeitraum der vorangegangenen vier Quartale. Ein Arzneimittel, dessen Packungsgröße abweicht von der Packungsgröße anderer Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff, gleicher Wirkstärke und vergleichbarer Darreichungsform ist preisgünstig nach Satz 1 Nr. 1, wenn sein Preis nicht höher ist als das Vielfache aus der Zahl der Einzelanwendungen in der Packung dieses Arzneimittels und den Kosten je Einzelanwendung in der nächstgrößeren Packung zum Preis entsprechend der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels. Der Hersteller ist verpflichtet, in seinen Mitteilungen zur Erstellung von Preislisten jeweils anzugeben, ob das Arzneimittel preisgünstig nach Satz 1 Nr. 1 ist.“

b) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Für Arzneimittel, die nach den Vorschriften dieses Buches verordnungsfähig sind und für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis durch Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes bestimmt ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.“

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

„(5a) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit Apotheken für den Versand von Arzneimitteln oder für die Abgabe von Arzneimitteln in vertraglich vereinbarten Versorgungsformen den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabga-

bepreis abweichend von den Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes vereinbaren. Dabei sollen auch Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Beratung des Versicherten durch die Apotheke vereinbart werden.“

75. Nach § 129 wird folgender § 129a eingefügt:

„§ 129a
Krankenhausapotheken

Die Krankenkassen oder ihre Verbände vereinbaren mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses das Nähere über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke an Versicherte, insbesondere die Höhe des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises. Die nach § 300 Abs. 3 getroffenen Regelungen sind Teil der Vereinbarungen nach Satz 1. Eine Krankenhausapotheke darf Arzneimittel zu Lasten von Krankenkassen nur abgeben, wenn für sie eine Vereinbarung nach Satz 1 besteht.“

76. § 130 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von 2 Euro. Bis zum Zustandekommen von Vereinbarungen nach § 129 Abs. 5 beträgt abweichend von Satz 1 der Abschlag für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel 5 vom Hundert.“

77. Dem § 130a wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Die Krankenkasse soll für die Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen, die dem Versorgungsanspruch nach den Vorschriften dieses Buches unterliegen, preisgünstige Fertigarzneimittel durch Vereinbarungen nach Absatz 8 auswählen. Die Krankenkasse kann diese Liste der Fertigarzneimittel, für die entsprechende Vereinbarungen getroffen sind, bekannt geben und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen übermitteln. Für den zusätzlichen Aufwand des Arztes zur Berücksichtigung dieser Liste bei der Verordnung von Arzneimitteln kann in den Gesamtverträgen nach § 83 eine Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 1 vereinbart werden.“

78. Nach § 130a wird folgender § 130b eingefügt:

„§ 130b
Rabatte für Arzneimittel in vereinbarten
Versorgungsformen

In vereinbarten Versorgungsformen soll die Vereinbarung über die zu erbringenden Leistungen zur Versorgung der teilnehmenden Versicherten auch eine Liste der erforderlichen Arzneimittel unter der Bezeichnung ihrer Wirkstoffe oder Wirkstoffkombinationen umfassen. Die Krankenkasse schreibt die Arzneimittel dieser Liste aus und schließt auf dieser Grundlage Vereinbarungen mit Herstellern über Rabatte nach § 130a Abs. 8. In der integrierten Versorgung kann anstelle der Krankenkasse auch ein Vertragspartner nach § 140b die Vereinbarung nach Satz 2 schließen. Dabei soll die wirkstoffbezogene Liste mit den Krankenhäusern in der Region abgestimmt werden.“

79. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

bb) In Satz 4 Nr. 3 werden nach dem Wort „Qualitätssicherung“ die Wörter „und Fortbildung“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern.“

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, ist der Vertrag zu kündigen. Kann der Pflegedienst den Nachweis der Fortbildung nicht oder nicht vollständig erbringen, hat die Krankenkasse ihm eine angemessene Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn darauf hinzuweisen, dass bei Nichterfüllung der Nachweispflicht der Vertrag zu kündigen ist.“

cc) Nach dem bisherigen Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Streitigkeiten eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

80. § 135 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Vereinigungen“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „eines Spitzenverbandes der Krankenkassen“ die Wörter „oder der Beauftragten oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten“ eingefügt.

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

Abweichend von Satz 2 können die Vertragspartner nach Satz 1 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.

81. § 135a Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

82. § 136 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Förderung der Qualität
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.“

c) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Stichproben“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

bb) In Satz 2 wird der Punkt gestrichen und folgender Satzteil angefügt:

„sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen nach Satz 1.“

d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

Die Angabe „Absatz 1“ wird durch die Angabe „Absatz 1 und 2“ ersetzt.

83. In § 136a Satz 1 Nr. 1 werden nach der Angabe „§ 135a Abs. 2“ die Wörter „sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ eingefügt.

84. In § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 werden nach der Angabe „§ 135a Abs. 2“ die Wörter „sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ eingefügt.

85. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte und die Ergebnisqualität festzulegen.“

86. In § 137b Satz 5 werden nach dem Wort „sind,“ die Wörter „die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten“ eingefügt.

86a. Dem § 137c wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Der Ausschuss hat auf Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Entscheidung zu einer Empfehlung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin nach § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 zur stationären Versorgung innerhalb einer vom Ministerium gesetzten Frist zu treffen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. einen Beschluss des Ausschusses aufzuheben und eine Entscheidung zu dem Regelungsbereich zu treffen, wenn der Beschluss darauf beruht, dass eine Empfehlung des Zentrums entgegen § 139c Satz 1 nicht berücksichtigt worden ist,

2. zu dem Regelungsbereich einer Empfehlung des Zentrums eine Entscheidung zu treffen, wenn der Ausschuss seiner Verpflichtung nach Satz 1 nicht nachgekommen ist.“

87. In § 137d Abs. 2 werden nach der Angabe „§ 135a Abs. 2“ die Wörter „sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ eingefügt.

88. In § 137e Abs. 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Der Koordinierungsausschuss beschließt mit der Mehrheit seiner Mitglieder.“

89. § 137f Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „einvernehmlich“ gestrichen.

b) Satz 2 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,“.

90. § 139 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Entscheidung erfolgt spätestens sechs Monate nachdem der Hersteller alle zur Prüfung erforderlichen Unterlagen vorgelegt hat.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben Empfehlungen für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln, die die Qualität der Versorgung und den Versorgungsablauf umfassen, ab.“

91. Nach § 139 werden folgende §§ 139a bis 139l eingefügt:

„§ 139a

Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

(1) Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin (Zentrum) wird als fachlich unabhängige rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet. Die maßgeblichen Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens wirken als Mitglieder eines Kuratoriums bei der Aufgabenerfüllung des Zentrums mit.

(2) Der Sitz des Zentrums ist ...

§ 139b
Aufgaben

(1) Das Zentrum wird für die Bewertung des medizinischen Nutzens und der Qualität sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach § 12 Abs. 1 auf folgenden Gebieten tätig:

1. Bereitstellung von Informationen für Bürgerinnen und Bürger über
 - a) die Leistungen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung,
 - b) die besten, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie in der Medizin,
2. Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und pflegerischer Standards für ausgewählte Krankheiten,
3. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen,
4. Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse nach § 91 Abs. 1 und den Ausschuss Krankenhaus nach § 137c Abs. 2 zu den jeweils besten, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Regelungsinhalte nach § 92 Abs. 1 und § 137c Abs. 1,
5. Abgabe von Empfehlungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen über Referenzarzneimittel zur Bildung eines vorläufigen Festbetrages nach § 35b Abs. 6.

Bei der Erfüllung der Aufgaben hat das Zentrum geschlechts-, alters- und lebenslagenspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen.

(2) Das Zentrum hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten.

(3) Informationen für Versicherte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, Leitlinien und pflegerische Standards nach Nummer 2 sowie Empfehlungen nach den Nummern 4 bis 5 sind in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren.

§ 139c
Zusammenarbeit mit den Bundesausschüssen
und dem Ausschuss Krankenhaus

Die in § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Ausschüsse haben die Empfehlungen in ihren Entscheidungen

nach § 92 Abs. 1 und § 137c Abs. 1 zu berücksichtigen; eine von Empfehlungen abweichende Entscheidung ist zu begründen. Sie sind verpflichtet, die ihnen vorliegenden Prüfanträge und ihre Arbeitspläne dem Zentrum unverzüglich zu benennen. Teilt das Zentrum einem Ausschuss mit, dass eine Empfehlung zu einem Bereich abgegeben wird, zu dem der Ausschuss eine Beschlussfassung beabsichtigt, darf dieser erst entscheiden, wenn die Empfehlung vorliegt oder innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Mitteilung nicht abgegeben worden ist.

§ 139d
Aufgabendurchführung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann das Zentrum mit Arbeiten nach § 139b Abs. 1 beauftragen; diese Aufträge sind vorrangig zu bearbeiten.

(2) Das Kuratorium nach § 139h Abs. 1 kann dem Zentrum Vorschläge für die Arbeiten nach § 139b Abs. 1 unterbreiten.

(3) Die in § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Ausschüsse können dem Zentrum Vorschläge für die Arbeiten nach § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 unterbreiten; § 139c bleibt unberührt.

(4) Das Zentrum kann gegen kostendeckendes Entgelt auch im Auftrag von Dritten Arbeiten nach § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 durchführen.

(5) Zur Erledigung der Aufgaben nach § 139b Abs. 1 sind Arbeitsgruppen mit externem wissenschaftlichem Sachverstand und praktischem Erfahrungswissen einzurichten sowie wissenschaftliche Forschungsaufträge zu vergeben. Die zu berufenden Mitglieder der Arbeitsgruppen haben der Direktorin oder dem Direktor vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

(6) Das Zentrum kann für die Erfüllung seiner Aufgaben das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information mit der Vergabe von Forschungsaufträgen zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien beauftragen sowie das Informationssystem zum Stand der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Technologiebewertung nutzen.

§ 139e
Direktorin oder Direktor

(1) Die Direktorin oder der Direktor führt die Geschäfte in eigener Verantwortung. Sie oder er setzt die Entscheidungen des Direktoriums um und vertritt das Zentrum gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Die Direktorin oder der Direktor hat eine ständige Vertreterin (stellvertretende Direktorin) oder einen ständigen Vertreter (stellvertretender Direktor).

(3) Die Direktorin oder der Direktor sowie die stellvertretende Direktorin oder der stellvertretende Direktor werden vom Bundesministerium für Gesundheit und

Soziale Sicherung berufen; für die Berufung gibt das Kuratorium eine Empfehlung ab.

(4) Mit der Direktorin oder dem Direktor und der stellvertretenden Direktorin oder dem stellvertretenden Direktor schließt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen außertariflichen Anstellungsvertrag. Das Anstellungsverhältnis soll auf bis zu fünf Jahre befristet werden; Verlängerungen nach Ablauf der Frist sind zulässig. Die Direktorin oder der Direktor und die stellvertretende Direktorin oder der stellvertretende Direktor dürfen kein anderes Beschäftigungsverhältnis, kein Gewerbe und keinen Beruf ausüben und weder der Leitung eines auf Erwerbs gerichteten Unternehmens noch einer Regierung oder einer gesetzgebenden Körperschaft des Bundes oder eines Landes angehören. Sie dürfen nicht gegen Entgelt außergerichtliche Gutachten abgeben. Für die Zugehörigkeit zu einem Aufsichtsrat, Verwaltungsrat, Beirat oder einem anderen Gremium eines Unternehmens oder einer sonstigen Einrichtung ist die Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erforderlich; dieses entscheidet auch, inwieweit eine Vergütung abzuführen ist.

(5) Arbeitsverträge, die die Direktorin oder der Direktor für das Zentrum abschließt, bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie des Bundesministeriums der Finanzen, wenn eine höhere Vergütung als nach Vergütungsgruppe Ia der Anlage 1a zum Bundes-Angebotentarifvertrag vorgesehen ist.

§ 139f

Wissenschaftlicher Beirat

(1) Der wissenschaftliche Beirat besteht aus fünf unabhängigen Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftlern und jeweils einer Stellvertreterin oder einem Stellvertreter.

(2) Der wissenschaftliche Beirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Dauer von fünf Jahren berufen; für die Berufung gibt das Kuratorium eine Empfehlung ab. Die zu berufenden Wissenschaftler haben dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie einschließlich Art und Höhe der Zuwendungen offen zu legen.

(3) Die Mitgliedschaft kann den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie den Stellvertretern vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Kuratorium entzogen werden, wenn sie an den Aufgaben des Zentrums nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang mitwirken oder begründete Zweifel an ihrer fachlichen Unabhängigkeit bestehen.

§ 139g

Direktorium

(1) Das Direktorium besteht aus der Direktorin oder dem Direktor, der stellvertretenden Direktorin oder

dem stellvertretenden Direktor und dem wissenschaftlichen Beirat.

(2) Das Direktorium stellt die Erfüllung der Aufgaben nach §§ 139b bis 139d sicher.

(3) Den Vorsitz des Direktoriums führt die Direktorin oder der Direktor.

(4) Jedes Mitglied des Direktoriums hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen getroffen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(5) Beauftragte des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sind befugt, an den Beratungen des Direktoriums teilzunehmen.

§ 139h

Kuratorium

(1) Das Kuratorium besteht aus 49 Mitgliedern. Die Mitglieder werden für die Dauer von fünf Jahren wie folgt bestimmt:

- zwei Mitglieder von der Bundesärztekammer,
- ein Mitglied von der Bundeszahnärztekammer,
- drei Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
- zwei Mitglieder von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,
- drei Mitglieder von der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
- zwei Mitglieder vom Deutschen Pflegerat,
- drei Mitglieder von den Ortskrankenkassen,
- zwei Mitglieder von den Ersatzkassen,
- ein Mitglied von den Betriebskrankenkassen,
- ein Mitglied von den Innungskrankenkassen,
- ein Mitglied von den landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- ein Mitglied von der knappschaftlichen Krankenversicherung,
- ein Mitglied vom Verband der privaten Krankenversicherung,
- ein Mitglied von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte,
- ein Mitglied vom Paritätischen Wohlfahrtsverband,
- ein Mitglied von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen,
- ein Mitglied vom Verbraucherzentrale Bundesverband,
- ein Mitglied von der Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen,
- ein Mitglied von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Notgemeinschaften Medizingeschädigter,
- drei Mitglieder vom Deutschen Gewerkschaftsbund,

- drei Mitglieder von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände,
- drei Mitglieder von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände,
- drei Mitglieder von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
- zwei Mitglieder von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände,
- zwei Mitglieder vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie,
- zwei Mitglieder vom Bundesverband Medizintechnologie,
- ein Mitglied vom Bundesministerium für Bildung und Forschung,
- ein Mitglied vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Für jedes Mitglied ist ein stellvertretendes Mitglied zu berufen. Die paritätische Besetzung mit Frauen und Männern ist anzustreben.

(2) Die Entscheidungen des Kuratoriums werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen getroffen. Jedes Mitglied des Kuratoriums hat eine Stimme.

(3) Den Vorsitz des Kuratoriums führt die Direktorin oder der Direktor des Zentrums. Das Kuratorium gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bedarf.

(4) Das Kuratorium berät das Zentrum bei der Erfüllung seiner Aufgaben. Es entscheidet über die Auswahl und Prioritätensetzung der Aufgaben nach § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 unter Beachtung der nach § 139c Satz 2 vorgelegten Prüfanträge und Arbeitspläne. Das nach § 139d Abs. 1 dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung obliegende Auftragsrecht bleibt unberührt.

§ 139i Satzung

Die Direktorin oder der Direktor erlässt eine Satzung für das Zentrum; dem Kuratorium ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Satzung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen. Sie ist im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. In der Satzung sind die näheren Bestimmungen aufzunehmen über die

1. Rechte und Pflichten des Direktoriums,
2. Zusammenarbeit der Organe des Zentrums,
3. Maßnahmen zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der nach § 139d Abs. 5 eingerichteten Arbeitsgruppen und des nach § 139g eingerichteten wissenschaftlichen Beirats,
4. Organisation des Zentrums,
5. Haushaltsführung und Rechnungslegung,

6. Erstattung der Entgelte für die Durchführung von Arbeiten nach § 139d Abs. 4.

§ 139j Aufsicht

Das Zentrum untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

§ 139k Haushaltsplan

Das Zentrum weist die voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die zu erwartenden Einnahmen in einem Haushaltsplan aus. Der Haushaltsplan wird vom Direktorium festgestellt. Er bedarf zu seiner Wirksamkeit der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen. Der Haushaltsplan ist spätestens am 1. September vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, den zuständigen Bundesministerien vorzulegen. Das Zentrum erhält zum Ausgleich des genehmigten Haushaltsplans Zuschüsse des Bundes nach Maßgabe des jeweiligen Haushaltsplanes des Bundes.

§ 139l

Übergangsregelung zur kommissarischen Leitung des Zentrums

(1) Bis zur erstmaligen Berufung einer Direktorin oder eines Direktors sowie einer stellvertretenden Direktorin oder eines stellvertretenden Direktors nach § 139e Abs. 3 werden die Geschäfte des Zentrums kommissarisch von einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu beauftragenden Person geführt.

(2) Der Haushalt des Jahres 2004 wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aufgestellt und vom Bundesministerium der Finanzen genehmigt.“

92. § 140a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.“

- b) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

93. § 140b wird wie folgt geändert:

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

„(1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit

1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
5. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften

abschließen.

(2) Abweichend von § 140 können die Krankenkassen unselbständige Eigeneinrichtungen mit eigenem Personal der Krankenkassen oder, auch zusammen mit anderen Krankenkassen oder Verbänden von Krankenkassen, selbständige Eigeneinrichtungen als juristische Personen des Privatrechts zur Durchführung einer integrierten Versorgung ihrer Versicherten gründen. § 103 Abs. 4a gilt jeweils entsprechend. Die angestellten Ärzte der Einrichtungen müssen die Voraussetzungen für eine Eintragung in das Arztregister nach § 95a oder § 95c erfüllen. § 95 Abs. 2c gilt entsprechend.“

- b) In Absatz 4 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.“

- c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.“

94. § 140c Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „der einbezogenen Leistungen“ durch die Wörter „des vertraglichen Versorgungsauftrags“ ersetzt.

- b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilneh-

menden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.“

95. § 140d wird wie folgt gefasst:

„§ 140d
Bereinigung, Ausgleich

(1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütung entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag rechnerisch zu bereinigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Kommt eine Einigung der Vertragspartner nach Satz 1 über die Verringerung der Gesamtvergütungen nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.“

96. Die §§ 140e bis 140h werden aufgehoben.

97. Dem Vierten Kapitel wird nach § 140d folgender Zwölfter Abschnitt angefügt:

„Zwölfter Abschnitt
Beziehungen zu Leistungserbringern
im Geltungsbereich des EG-Vertrages

§ 140e
Verträge mit Leistungserbringern
im Geltungsbereich des EG-Vertrages

Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 im Geltungsbereich des EG-Vertrages abschließen.“

98. In § 142 Abs. 2 Satz 5 werden die Wörter „und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung“ gestrichen.

99. § 144 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

- b) In Satz 2 werden die Wörter „vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden“ durch die Wörter „nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden entscheidet“ ersetzt.

100. § 147 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals trägt, übernehmen spätestens bis zum 31. Dezember 2004 die mit der Führung der Geschäfte beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuches ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt ab dem 1. Januar 2004 die Betriebskrankenkasse vor.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absatz 1 gilt nicht für Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind oder deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben. Satz 1 gilt nicht für Leistungserbringer, die nicht überwiegend Leistungen aufgrund von Verträgen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden erbringen.“

101. § 148 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.

102. In § 149 Satz 1 werden nach dem Wort „Betriebskrankenkasse“ ein Komma und die Wörter „deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält“ sowie ein Komma eingefügt.

103. In § 150 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden“ durch die Wörter „nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden entscheidet“ ersetzt.

104. § 155 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Übersteigen die Verpflichtungen einer Betriebskrankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Landesverbände können in ihrer Satzung die Bildung eines Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung nach Absatz 4 zu verwenden sind. Satz 1 gilt entsprechend für den Bundesverband mit der Maßgabe, dass die Mittel des Fonds auch dazu verwendet werden können, die Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung zu unterstützen.“

105. Dem § 157 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absatz 1 gilt nicht für Handwerksbetriebe, die als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben.“

106. § 158 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.

107. § 159 Abs. 3 Satz 2 wird aufgehoben.

108. In § 160 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden“ durch die Wörter „nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden entscheidet“ ersetzt.

109. Dem § 164 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Für die Haftung im Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 gilt § 155 Abs. 4 Satz 6 entsprechend. § 155 Abs. 5 gilt für die Landesverbände und den Bundesverband der Innungskrankenkassen entsprechend.“

110. In § 168a Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden“ durch die Wörter „nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden entscheidet“ ersetzt.

111. Dem § 171 Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verbände der Ersatzkassen können in ihrer Satzung die Bildung eines Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung nach Satz 2 zu verwenden sind.“

112. Die Überschrift des Achten Titels im Ersten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Achter Titel
Kassenartenübergreifende Regelungen“

113. Vor § 172 wird folgender § 171a eingefügt:

„§ 171a
Kassenartenübergreifende Vereinigung
von Krankenkassen

(1) Die im Ersten, Zweiten, Dritten und Siebten Titel dieses Abschnitts genannten Krankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte mit den in diesen Titeln genannten Krankenkassen anderer Kassenarten vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden entscheidet. § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

(2) Eine nach Absatz 1 vereinigte Krankenkasse gehört vom Tag der Wirksamkeit der Genehmigung nach Absatz 1 Satz 2 der Kassenart an, der die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der höchsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung angehört hat. Handelt es sich bei der vereinigten Krankenkasse nach Satz 1 um eine Betriebs- oder Ersatzkasse, gilt bei Schließung dieser Krankenkasse § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend.

114. § 172 wird wie folgt gefasst:

„§ 172
Anhörungs- und Informationsrechte
der Verbände

(1) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4), Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.

(2) Die Krankenkassen haben dem Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält oder ihm auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Hält der Verband aufgrund der nach Satz 1 übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für bedroht, hat er die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Kommt eine Krankenkasse ihren Verpflichtungen nach Satz 1 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse auch hierüber zu unterrichten.“

115. Dem § 173 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gilt nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet worden oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind. Eine nach § 171a Abs. 1 vereinigte Krankenkasse ist für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, für die ein Wahlrecht zu der an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse mit der höchsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung nach Absatz 1 Satz 1 bestanden hat oder für die ein solches Wahlrecht bestanden hätte, wenn die Satzung dieser Krankenkasse vor der Vereinigung eine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.“

116. § 175 Abs. 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

117. Dem § 191 wird folgender Satz angefügt:

„Im Fall des Satzes 1 Nr. 3 ist das Mitglied insbesondere darauf hinzuweisen, dass nach dem Ende der Mitgliedschaft eine freiwillige Versicherung auch bei

einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist sowie darauf, dass unter den Voraussetzungen des Bundessozialhilfegesetzes die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Sozialhilfeträger möglich ist.“

118. In § 194 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein.“

119. Nach § 197 wird folgender § 197a angefügt:

„§ 197a
Korruptionsbekämpfungsstellen

(1) Die Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Die Krankenkassen sollen zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten. Die Verbände der Krankenkassen sollen sie bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 unterstützen.

(3) Die Krankenkassen haben die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(4) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat jährlich über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der Aufsichtsbehörde zuzuleiten.“

120. Dem § 212 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„§ 35a Abs. 6 Satz 2 bis 4 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

121. In § 217 Abs. 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.

122. Dem § 220 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Jede Krankenkasse hat nach dem 1. Januar 2004 unverzüglich einen Nachtragshaushalt aufzustellen, der die durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz bewirkten finanziellen Auswirkungen berücksichtigt; dabei müssen die durch § 221 bewirkten Einsparungen in vollem Umfang und die übrigen durch dieses Gesetz bewirkten Einsparungen mindestens zur Hälfte für Beitragssenkungen verwendet werden.“

123. Nach § 220 wird folgender § 221 eingefügt:

„§ 221

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

(1) Zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen leistet der Bund das Aufkommen aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich eine Krankenkasse oder einen Verband als zentrale Stelle für die Abrechnung mit dem Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Beteiligung des Bundes an die zentrale Stelle zur Weiterleitung an die berechtigten Krankenkassen.

(2) Für das Jahr 2004 werden 1 Mrd. Euro, für das Jahr 2005 1,5 Mrd. Euro und für das Jahr 2006 2 Mrd. Euro zur Hälfte jeweils am 1. Mai und 1. November als Abschlag gezahlt. Ab 2007 werden zu den gleichen Zeitpunkten Abschläge in Höhe des halben Vorjahresmehraufkommens gezahlt. Ab 2005 wird jeweils am 1. Februar das von dem in Satz 1 genannten Betrag abweichende Aufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer (Absatz 1 Satz 1) im jeweiligen Vorjahr ermittelt und über das Bundesversicherungsamt mit der zentralen Stelle der Krankenkassen nach Absatz 1 am 1. Mai abgerechnet. Der Betrag, der am 1. Mai 2007 für das Jahr 2006 abzurechnen ist, bildet die Obergrenze der vom Bund zu leistenden Zahlungen für die Folgejahre.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Abrechnung und die Verteilung nach Absatz 1 zu bestimmen.“

124. entfällt

125. entfällt

126. entfällt

127. In § 240 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Der in Absatz 4 Satz 2 genannte Existenzgründungszuschuss darf nicht berücksichtigt werden.“

128. § 248 wird wie folgt geändert:

a) Im bisherigen Satz 1 werden die Wörter „die Hälfte des jeweils am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes“ durch die Wörter „der jeweils am 1. Juli geltende allgemeine Beitragssatz“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr.“

129. § 249 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge werden jeweils von den nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 versicherungspflichtig Beschäftigten zu 53 vom Hundert und von ihren Arbeitgebern zu 47 vom Hundert getragen.“

b) In Absatz 3 werden die Wörter „zur Hälfte“ durch die Angabe „in entsprechender Anwendung des Absatzes 1“ ersetzt.

c) In Absatz 4 werden die Wörter „der Hälfte“ gestrichen und hinter dem Wort „sich“ die Angabe „in entsprechender Anwendung des Absatzes 1“ eingefügt.

130. entfällt

131. entfällt

132. In § 257 Abs. 1, 2, 3 und 4 werden jeweils die Wörter „die Hälfte“ durch die Wörter „47 vom Hundert“ ersetzt.

133. entfällt

134. § 264 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) In den neuen Absatz 1 werden hinter dem Wort „Gesundheit“ die Wörter „und Soziale Sicherung“ eingefügt.

c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, Personen, die ausschließlich Leistungen nach §§ 14 und 17 des Bundessozialhilfegesetzes beziehen sowie für die in § 119 des Bundessozialhilfegesetzes genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gilt § 11 Abs. 1. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 6 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Mitglied“, für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Rentner“. Empfänger, die das 65. Lebens-

jahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung „Familienversicherte“.

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes sind, meldet der Sozialhilfeträger diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Sozialhilfeträger die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Sozialhilfeträger zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 1 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach Absatz 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgern vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt.“

135. In § 267 Abs. 5 Satz 2 werden nach dem Wort „Überweisungsscheine“ die Wörter „oder in die entsprechenden elektronischen Datensätze“ eingefügt.

136. In § 274 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Kassenärztlichen Vereinigungen“ die Angabe „sowie der Prüfungsausschüsse und der Geschäftsstelle nach § 106“ eingefügt.

137. Dem Achten Kapitel wird folgender Sechster Abschnitt angefügt:

„Sechster Abschnitt
Beauftragte oder Beauftragter zur Bekämpfung
von Korruption im Gesundheitswesen

§ 274a
Aufgaben

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft die Beauftragte oder den Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Beauftragte oder Beauftragter). Die Beauftragte oder der Beauftragte hat Fällen nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts-

widrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten. Sie oder er nimmt Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich an die Beauftragte oder den Beauftragten wenden. Die Beauftragte oder der Beauftragte geht den Hinweisen nach, wenn sie aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Beauftragte oder der Beauftragte fordert die Behörden des Bundes zur Unterstützung bei den Aufgaben nach Absatz 1 auf. Die Behörden des Bundes haben ihr oder ihm insbesondere Auskunft zu geben, Einsicht in Unterlagen zu gewähren, Daten, einschließlich erforderlicher personenbezogener Daten, zur Verfügung zu stellen und Zutritt zu Diensträumen zu gewähren. Die Beauftragte oder der Beauftragte kann die Behörden der Länder um Unterstützung einschließlich der Übermittlung personenbezogener Daten bitten. Sie oder er darf die aufbereiteten Informationen einschließlich erforderlicher personenbezogener Daten zur Verfügung stellen.

(4) Bei Vorliegen eines Verdachtes nach Absatz 1 kann die Beauftragte oder der Beauftragte die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer sowie ihrer Verbände, Hersteller und Vertrieber von Arzneimitteln, Medizinprodukten sowie Hilfsmitteln und Versicherte um Auskunft bitten.

§ 274b
Initiativen

(1) Die Beauftragte oder der Beauftragte hat die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen bestehen könnte. Sie oder er stellt die aufbereiteten Informationen, in erforderlichem Umfang personenbezogen, der Staatsanwaltschaft zur Verfügung und unterrichtet die zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) Die Beauftragte oder der Beauftragte soll die zuständigen Aufsichtsbehörden bitten, in näher dargelegten Fällen aufsichtsrechtliche Prüfungen vorzunehmen und darüber zu berichten, wenn ihre oder seine Prüfung ergibt, dass Anzeichen für Handlungen nach § 274a Abs. 1 fortbestehen. § 274a Abs. 3 Satz 4 gilt entsprechend.

(3) Die Beauftragte oder der Beauftragte soll den Krankenkassen, ihren Verbänden, den Arbeitsgemeinschaften und den in diesem Buch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen Anregungen zur Verbesserung ihres Verwaltungshandelns geben und diese um Stellungnahme bitten. Dies gilt entsprechend für die in § 274a Abs. 4 genannten Einrichtungen und Personen.

(4) Die Beauftragte oder der Beauftragte kann bei den Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung anregen, gesetzgeberische Konsequenzen aus den näher dargelegten Fällen zu prüfen.

(5) Die Beauftragte oder der Beauftragte hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Abstand von zwei Jahren über ihre oder seine Tätigkeit zu berichten. Auf Aufforderung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat sie oder er Sonderberichte zu erstatten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung leitet die Berichte an die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder weiter. Die Berichte können öffentlich vorgestellt oder erörtert werden.

§ 274c
Stellung

(1) Die Beauftragte oder der Beauftragte wird für eine Amtsdauer von fünf Jahren berufen. Eine einmalige Verlängerung der Amtszeit ist möglich. Sie oder er übt seine Tätigkeit ehrenamtlich aus.

(2) Die Beauftragte oder der Beauftragte ist an den durch dieses Gesetz begründeten Auftrag gebunden und im Übrigen in der Tätigkeit weisungsfrei.

(3) Der Beauftragte oder dem Beauftragten ist die für die Erfüllung der Aufgaben notwendige Personal- und Sachausstattung vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Verfügung zu stellen. Sie oder er erhält eine angemessene Entschädigung.“

138. § 275 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird gestrichen.
- b) Nummer 2 und 3 wird Nummer 1 und 2.

139. Die Überschrift des Zehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zehntes Kapitel
Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz,
Datentransparenz“

140. § 284 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Nummer 11 ein Komma und folgende Nummer 12 eingefügt:
„12. die Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 106b Abs. 10)“.
 - bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „dürfen auch auf“ die Wörter „Datenbändern oder anderen“ gestrichen.
 - cc) In Satz 3 werden nach den Wörtern „dürfen auf“ die Wörter „Datenbändern oder anderen“ gestrichen.
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Die versichertenbezogenen Daten, die nach § 295 Abs. 1b Satz 1 an die Krankenkasse übermittelt werden, dürfen nur zu Zwecken nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 12 und § 305 Abs. 1 versichertenbezogen verarbeitet oder genutzt werden und nur, soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist; für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten zu anderen Zwecken ist der Versichertenbezug vorher zu löschen.“

141. § 285 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 5 wird die Angabe „Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106)“ durch die Angabe „Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen (§§ 106, 106a)“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird die Angabe „sowie § 83 Abs. 2“ gestrichen.

142. § 290 wird wie folgt gefasst:

„§ 290
Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer hat den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinien erlassen.“

143. § 291 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „darf“ die Wörter „vorbehaltlich § 291a“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die Krankenversichertenkarte enthält neben der Unterschrift und einem Lichtbild des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucken (§ 295 Abs. 3 Nr. 1 und 2) geeigneten Form vorbehaltlich § 291a ausschließlich folgende Angaben:
 1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
 2. Familienname und Vorname des Versicherten,
 3. Geburtsdatum,

4. Geschlecht,
5. Anschrift,
6. Krankenversichertennummer,
7. Versichertenstatus, für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 sowie für Teilnehmer an Hausarztssystemen nach § 67 in einer verschlüsselten Form,
8. Zuzahlungsstatus,
9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs.“

bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 83 Satz 2“ ersetzt.

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

„(2a) Die Krankenkasse erweitert die Krankenversichertenkarte nach Absatz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a. Neben der Verwendung nach Absatz 1 Satz 3 hat die Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Abs. 2 und 3 zu gewährleisten. Sie muss technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die Krankenversichertenkarte von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen.“

144. Nach § 291 wird folgender § 291a eingefügt:

„§ 291a
Elektronische Gesundheitskarte

(1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in Absatz 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte hat die Angaben nach § 291 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 zu enthalten und muss geeignet sein, Angaben aufzunehmen für

1. die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie
2. den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG L Nr. 149/2) und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die in-

nerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG L Nr. 74/1) in den jeweils geltenden Fassungen.

§ 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

(3) Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),
3. Daten einer Arzneimitteldokumentation,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten (elektronische Patientenakte),
5. durch den Versicherten selbst zur Verfügung gestellten Daten sowie
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für den Versicherten (§ 305 Abs. 2).

Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse den Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der auf ihr oder durch sie zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren. Mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten des Versicherten nach diesem Absatz darf erst begonnen werden, wenn der Versicherte jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt oder Apotheker dazu seine Einwilligung erklärt hat. Die Einwilligung ist bei erster Verwendung der Karte vom Leistungserbringer auf der Karte zu dokumentieren; die Einwilligung ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen nach diesem Absatz beschränkt werden. § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren jeweils mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene das Nähere über Inhalt und Struktur für die Bereitstellung und Nutzung der Daten nach Satz 1 Nr. 1 bis 6. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 6 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, bestimmt dieses nach

Anhörung der Beteiligten ihren Inhalt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(4) Auf Versichertendaten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 durch die elektronische Gesundheitskarte dürfen ausschließlich Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, zugreifen. Der Zugriff auf Versichertendaten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 6 darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis erfolgen. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten fünfzig Zugriffe auf die Daten für Zwecke der Datenschutzkontrolle auf der Karte protokolliert werden. Eine Verwendung der Protokoll-daten für andere Zwecke ist unzulässig. Die Protokoll-daten sind auf Verlangen des Versicherten zu löschen. Der Versicherte hat das Recht, die auf der oder durch die elektronische Gesundheitskarte gespeicherten Daten einzusehen. Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 6 müssen auf Verlangen des Versicherten gelöscht werden. Die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt.

(5) Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass der Zugriff auf und das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte nur mit dem Einverständnis des Versicherten und durch dessen Autorisierung möglich ist und durch berechtigte Ärzte, Zahnärzte und Apotheker nach Absatz 4 Satz 1 nur unter Einsatz ihres elektronischen Heilberufsausweises erfolgen kann; eine Autorisierung des Versicherten bedarf es nicht in Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 1. Die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung und nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, soweit sie für Zwecke des Berechtigungsnachweises erforderlich sind, bleiben davon unberührt.

(6) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene vereinbaren die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Vor Erteilung der Genehmigung ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande, bestimmt dieses nach Anhörung der Beteiligten ihren Inhalt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(7) Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Versichertendaten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 6 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 genannten Personen oder zu anderen Zwecken als denen der Versorgung des Versicher-

ten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, zu gestatten; mit ihm darf nicht vereinbart werden, derartiges zu gestatten. Er darf nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil er einen Zugriff bewirkt oder verweigert hat.“

145. § 293 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „von maschinell lesbaren Datenträgern“ durch die Wörter „elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Übermittlung der Arztnummer zur Herstellung des Arztbezugs nach den Vorschriften des zweiten Abschnitts ist unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer vorzunehmen.“

bb) Nach der Angabe „31. März 2000“ werden die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 1 werden nach der Angabe „31. März 2000“ die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt.

146. Die Überschrift des Zweiten Abschnittes im Zehnten Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt
Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten,
Datentransparenz“

147. Nach der Überschrift des Zweiten Abschnittes im Zehnten Kapitel wird folgender Titel eingefügt:

„Erster Titel
Übermittlung von Leistungsdaten“

148. § 295 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 3 werden nach dem Wort „Arzt- nummer“ die Wörter „, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes“ eingefügt und die Angabe „8“ durch die Angabe „10“ ersetzt.

b) In Absatz 1a wird die Angabe „§ 83 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

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

„(1b) Die Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen haben, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben einschließlich ihres Institutionskennzeichens an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.“

- d) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „arzt- und“ eingefügt.
- e) In Absatz 2a werden nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen haben,“ eingefügt.
- f) Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:
 „5. Einzelheiten der Datenübermittlung und der Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296, 297 und 297a.“
- g) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
 „(4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und Gesundheitszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“
149. § 296 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
 „(1) Für die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:
1. Arztnummer,
 2. Kassennummer,
 3. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung.“
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.
- c) Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt gefasst:
 „(2) Für die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a über die von den Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heilmittel) für jedes Quartal folgende Daten:
1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
 2. Kassennummer,
 3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband- oder Heilmittel, getrennt nach Mit-
- gliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung.“
- d) Absatz 4 wird Absatz 3 und wie folgt gefasst:
 „(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Vertrag nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 Näheres über die nach Absatz 2 Nr. 3 anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Sie können auch vereinbaren, dass jedes einzelne Mittel oder dessen Kennzeichen angegeben wird. Zu vereinbaren ist ferner Näheres zu den Fristen der Datenübermittlungen nach Absatz 1 und 2 sowie zu den Folgen der Nichteinhaltung dieser Fristen.“
- e) Absatz 5 wird aufgehoben.
150. § 297 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
 „(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a für jedes Quartal eine Liste der Ärzte, die gemäß § 106 Abs. 3 in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 einbezogen werden.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird vor dem Doppelpunkt wie folgt gefasst:
 „Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzte folgende Daten“
- bb) In Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „Befunden“ ein Komma und die Wörter „bei Überweisungen mit dem Auftrag des überweisenden Arztes“ eingefügt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 „Die Krankenkassen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a die Daten über die von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen sowie die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit jeweils unter Angabe der Arztnummer, der Kassennummer und der Krankenversicherungsnummer.“
- bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
 „Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 Nr. 1. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlung enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301

übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung. Die Daten über die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit enthalten zusätzlich die gemäß § 295 Abs. 1 übermittelte Diagnose sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.“

- d) In Absatz 4 wird das Wort „Stichprobenprüfung“ durch die Angabe „Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.

151. Nach § 297 wird folgender § 297a eingefügt:

„§ 297a

Richtlinienprüfungen

„(1) Die Krankenkassen übermitteln den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a für jedes Quartal eine Liste der Ärzte, die gemäß § 106 Abs. 5b geprüft werden. Die Krankenkassen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a die Daten über die von den nach Satz 1 in die Prüfungen einbezogenen Vertragsärzten verordneten Arzneimittel unter Angabe der Arztnummer, der Kassennummer und der Krankenversicherungsnummer. § 297 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der in die Prüfung nach Absatz 1 einbezogenen Vertragsärzte die für die in dem entsprechenden Quartal behandelten jeweiligen Versicherten nach § 295 Abs. 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnosen.

(3) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 5a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Geschäftsstelle der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

(4) § 297 Abs. 4 gilt entsprechend.“

152. § 300 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach dem Wort „verpflichtet“ die Angabe „unabhängig von der Höhe der Zuzahlung (oder dem Eigenanteil)“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Nr. 2 werden die Wörter „auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma eingefügt und die Angabe „spätestens zum 1. Januar 2006 auch die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatsatzes“ angefügt.

153. § 301 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „maschinenlesbar“ durch die Wörter „im Wege elektronischer

Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und in Nr. 1 die Angabe „8“ durch die Angabe „10“ ersetzt.

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „maschinenlesbar“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und in Nr. 1 die Angabe „6“ durch die Angabe „10“ ersetzt.

154. In § 301a Satz 1 werden nach dem Wort „Angaben“ die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ eingefügt.

155. § 302 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz werden die Wörter „maschinenlesbar in den Abrechnungsbelegen“ durch die Wörter „den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und die Angabe „6“ durch die Angabe „10“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden die Wörter „auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt.

156. § 303 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „106“ und das sich anschließende Komma gestrichen.
- b) In Absatz 3 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

„Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.“

157. Nach § 303 wird folgender Zweiter Titel eingefügt:

„Zweiter Titel
Datentransparenz

§ 303a
Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben
der Datentransparenz

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz. Sofern die Arbeitsgemeinschaft nicht bis zum 30. Juni

2004 gebildet wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Arbeitsgemeinschaft bilden.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz hat die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauensstelle (§ 303b) und einer Datenaufbereitungsstelle (§ 303c) zu gewährleisten.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz hat Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen für den Datenaustausch in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Die Arbeitsgemeinschaft legt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2006 einen Bericht vor. Den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit ihre Belange berührt sind. Die Stellungnahmen sind in den Bericht einzubeziehen.

§ 303b Beirat

Bei der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz wird für die Aufgaben nach § 303e und § 303f ein Beirat aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, des Bundesbeauftragten für den Datenschutz sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten maßgebliche Organisation auf Bundesebene und der für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden gebildet. Das Nähere zum Verfahren regeln die Mitglieder des Beirates.

§ 303c Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle hat den Versicherten- und Leistungserbringerbezug der ihr von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 303e Abs. 2 übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Anwendung eines Verfahrens nach Absatz 2 zu pseudonymisieren. Es ist auszuschließen, dass durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle und den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 eine Reidentifikation des Versicherten oder Leistungserbringers erfolgt.

(2) Das von der Vertrauensstelle einheitlich anzuwendende Verfahren der Pseudonymisierung ist von der Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 1 im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen. Das Pseudonym ist so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, und zu dem Leistungserbringer, der Leistungen erbracht und verordnet hat, herstellbar ist; ferner hat das Pseudonym für den Versicherten Angaben zum Geburtsjahr, Ge-

schlecht, Versichertenstatus sowie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl und für den Leistungserbringer Angaben zur Art des Leistungserbringers, Spezialisierung sowie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl zu enthalten. Eine Identifikation des Versicherten und des Leistungserbringers durch diese Angaben ist auszuschließen. Unmittelbar nach Erhebung der Daten durch die Vertrauensstelle sind die zu pseudonymisierenden personenbezogenen Daten von den Leistungs- und Abrechnungsdaten zu trennen. Die erzeugten Pseudonyme sind mit den entsprechenden Leistungs- und Abrechnungsdaten wieder zusammenzuführen und der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. Nach der Übermittlung der pseudonymisierten Daten an die Datenaufbereitungsstelle sind die Daten bei der Vertrauensstelle zu löschen.

(3) Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell von den Trägern der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz und ihren Mitgliedern sowie von den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 zu trennen. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 303d Datenaufbereitungsstelle

(1) Die Datenaufbereitungsstelle hat die ihr von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303f Abs. 2 genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303f Abs. 1 genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Erfüllung der Aufgaben der Datenaufbereitungsstelle nicht mehr erforderlich sind.

(2) Die Datenaufbereitungsstelle ist räumlich, organisatorisch und personell von den Trägern der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz und ihren Mitgliedern sowie von den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 zu trennen. Die Datenaufbereitungsstelle gilt als öffentliche Stelle. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 303e Datenübermittlung und -erhebung

(1) Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz hat im Benehmen mit dem Beirat bis zum 31. Dezember 2004 Richtlinien über die Auswahl der Daten, die zur Erfüllung der Zwecke nach § 303f Abs. 2 erforderlich sind, die Struktur, die Prüfqualität und das Verfahren der Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Vertrauensstelle, zu beschließen. Der Umfang der zu erhebenden Daten (Vollerhebung oder Stichprobe) hat die Erfüllung der Zwecke nach Satz 1 zu gewährleisten; es ist zu prüfen, ob die Erhebung einer Stichprobe ausreichend ist. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann

sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinien zur Erhebung der Daten.

(2) Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet für die Erfüllung der Zwecke nach § 303f Abs. 2 Satz 2 Leistungs- und Abrechnungsdaten entsprechend der Richtlinien nach Absatz 1 an die Vertrauensstelle zu übermitteln. Die Übermittlung der Daten hat unverzüglich nach der Prüfung der Daten durch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, spätestens jedoch zwölf Monate nach Übermittlung durch den Leistungserbringer, zu erfolgen.

(3) Werden die Daten für eine Region nicht fristgerecht übermittelt, sind die jeweiligen Krankenkassen und ihre Verbände, die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung von der Berechtigung den Gesamtdatenbestand dieser Region bei der Datenaufbereitungsstelle zu verarbeiten und nutzen, ausgeschlossen.

(4) Der Beirat unterrichtet bis zum 31. Dezember 2006 das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung über die Erfahrungen der Datenerhebung nach Absatz 1 bis 3.

§ 303f

Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und ihren Mitgliedern, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, dem Robert Koch-Institut für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung und Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin sowie von den für die Gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

(2) Die Nutzungsberechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (Krankenhausplanung etc.),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),

5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung,

6. Analyse und Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsformen.

Die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz erstellt bis zum 31. Dezember 2004 im Benehmen mit dem Beirat einen Katalog, der die Zwecke festlegt, für welche die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeitet und genutzt werden dürfen sowie die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren regelt. Der Katalog ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann ihn innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommt der Katalog nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Benehmen mit den Ländern den Katalog.

(3) Die Datenaufbereitungsstelle hat bei Anfragen der nach Absatz 1 berechtigten Stellen zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem Katalog nach Absatz 2 entspricht, und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. Strittige Fälle dieser Prüfung können von der nutzungsberechtigten Stelle dem Beirat nach § 303b zur endgültigen Entscheidung vorgelegt werden.

158. § 304 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 304
Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen,
Kassenärztlichen Vereinigungen
und Prüfungsausschüssen“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Prüfungsausschüssen“ eingefügt.

bb) Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„Daten nach § 295 Abs. 1a, 1b und 2 sowie Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach § 106 erforderlich sind, spätestens nach vier Jahren und Daten, die aufgrund der nach § 266 Abs. 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§§ 266, 267) oder des Risikopools (§ 269) erforderlich sind, spätestens nach sechs Jahren.“

159. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 bis 3 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen haben die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten. Satz 1 gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung. Der Versicherte erstattet für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung nach Satz 1 eine Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro zuzüglich Versandkosten. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Kommt eine Regelung bis zum 31. März 2004 nicht zu Stande, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung das Nähere durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer, Gesundheitszentren und Leistungserbringer nach §§ 106b, 116b, sowie über die verordnungsfähigen Leistungen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, § 125 Abs. 3, § 127 Abs. 3. § 69 Satz 4 gilt entsprechend.“

160. In § 305a Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „§ 73 Abs. 8 gilt entsprechend.“

161. Die Überschrift des Elften Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Elftes Kapitel
Straf- und Bußgeldvorschriften“

162. § 307 wird wie folgt geändert:

a) Folgender neue Absatz 1 wird eingefügt:

„(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 291a Abs. 7 Satz 1 eine dort genannte Gestattung verlangt oder mit dem Inhaber der Karte eine solche Gestattung vereinbart.“

b) Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden die neuen Absätze 2 und 3.

c) Im neuen Absatz 3 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „in den Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den übrigen Fällen“ eingefügt.

163. Nach § 307 wird folgender neue § 307a eingefügt:

„§ 307a
Strafvorschriften

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 291a Abs. 4 Satz 1 auf dort genannte Versichertendaten zugreift.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen Anderen zu bereichern oder einen

Anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.“

164. § 311 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die im Beitragsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen nehmen in dem Umfang, in dem sie am 31. Dezember 2004 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im Übrigen gelten für die Einrichtungen nach Satz 1 die Vorschriften dieses Buches, die sich auf Gesundheitszentren beziehen, entsprechend.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 135 Nr. 5 werden die Wörter „der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Angabe „der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches)“ ersetzt.

2. In § 345 Nr. 6 werden die Wörter „der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Angabe „der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches)“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 116 folgende Angabe eingefügt:

„§ 117 Verwaltungsausgaben der Bundesknappschaft“

2. In § 23a Abs. 5 werden das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ durch das Wort „Beitragsbemessungsgrenze“ er-

setzt und die Angabe „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Fünftes Buch)“ gestrichen.

3. In § 28k Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Das Nähere zur Bestimmung des Anteils des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, insbesondere über eine pauschale Berechnung und Aufteilung, vereinbaren die Spitzenverbände der beteiligten Träger der Sozialversicherung.“

4. Dem § 35a Abs. 6 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind zum 1. März 2004 im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Veränderungen der jährlichen Vergütungshöhe oder der wesentlichen Versorgungsregelungen sind in gleicher Weise innerhalb eines Monats nach der Vereinbarung zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe der finanziellen Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen.“

5. § 44 Abs. 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Sätze 1 bis 5 gelten für Betriebskrankenkassen, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches enthält, nur bis zum Ablauf der am ... (Einfügen: Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes) laufenden Wahlperiode; sie gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die aus einer Vereinigung nach § 171a Abs. 1 des Fünften Buches hervorgegangen sind.“

6. § 71 Abs. 2 Satz 2 wird aufgehoben.

7. Nach § 116 wird folgender § 117 eingefügt:

„§ 117

Verwaltungsausgaben der Bundesknappschaft

(1) § 71 Abs. 2 gilt mit der Maßgabe, dass der knappschaftlichen Rentenversicherung die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner im Jahr 2004 zu 10 Prozent erstattet werden. In den darauffolgenden Jahren steigt der Prozentsatz nach Satz 1 um jährlich jeweils 10 Prozentpunkte.

(2) Soweit die Ausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner für Versorgungsleistungen der Knappschaftsärzte und Knappschaftszahnärzte die entsprechenden Einnahmen übersteigen, sind sie abweichend von Absatz 1 und § 71 Abs. 2 der knappschaftlichen Rentenversicherung nicht zu erstatten.“

Artikel 4

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

§ 29 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254, 1676), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Buch“ die Angabe „oder vorläufige Festbeträge nach § 35b des Fünften Buches“ eingefügt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Rabattregelungen der §§ 130 und 130a Abs. 1 bis 9 des Fünften Buches gelten entsprechend.“

Artikel 5

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Nach § 47 wird folgender § 47a eingefügt:

„§ 47a

Korruptionsbekämpfung

(1) Die Beauftragte oder der Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (§ 274a Abs. 1 des Fünften Buches) hat auch Fällen im Zusammenhang mit den Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung nachzugehen. §§ 274a bis 274c des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) § 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Korruptionsbekämpfungsstellen der Pflegekassen.“

2. § 58 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) § 249 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

- b) Folgender Absatz 6 und 7 wird angefügt:

„(6) Wird infolge einmalig gezahlten Arbeitsentgelts (§ 23a des Vierten Buches) die in § 249 Abs. 2 Nr. 1 des Fünften Buches genannte Grenze überschritten, tragen der Versicherungspflichtige und der Arbeitgeber den Beitrag von dem diese Grenze übersteigenden Teil des Arbeitsentgeltes jeweils zur Hälfte; im Übrigen trägt der Arbeitgeber den Beitrag allein.

(7) Abweichend von § 58 Abs. 1 Satz 1 werden die Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches vom Arbeitgeber in Höhe der Hälfte des Betrages getragen, der sich ergibt, wenn der Beitragssatz der Pflegeversicherung auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt angewendet wird; bei den in Absatz 3 Satz 1 genannten Beschäftigten findet für die Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers ein Beitragssatz in Höhe von 0,7 vom Hundert Anwendung; im Übrigen werden die Beiträge vom Versicherten getragen.“

Artikel 5a

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffent-

lichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 195 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nr. 6 werden nach dem Wort „Mutterchaftsgeld“ das Komma und das Wort „Entbindungsgeld“ gestrichen.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und Entbindungsgeld“ gestrichen.
2. § 200b wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. Dem § 8 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für Versicherte, die wegen einer der in § 2 Abs. 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung genannten Krankheiten in Dauerbehandlung stehen, sind § 28 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 und § 62a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“
2. § 26 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift werden das Wort „Verfassung“ und das anschließende Komma gestrichen.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Soweit nicht die Vorschriften des Vierten Buches Sozialgesetzbuch für die Satzung und Organe anzuwenden sind, gelten die §§ 194 bis 197a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“
3. § 28 wird wie folgt gefasst:

„Für die Meldepflicht bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst gilt § 204 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“
4. § 29 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Leistung“ durch das Wort „Rente“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nr. 4 werden vor dem Wort „Ende“ die Wörter „Änderungen der Rentenhöhe“ und ein Komma eingefügt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Verfahren ist § 201 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“
5. § 36 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „die kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat“ durch die Wörter „eine oder mehrere kassenärztliche Vereinigungen ihren Sitz haben“ ersetzt.

- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Zu den nach Satz 1 wahrzunehmenden Aufgaben gehört die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einzelverträge nach § 106b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur, wenn die betroffenen Krankenkassen dies vereinbaren.“

- c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4; dem neuen Satz 4 wird nach der Angabe „Satz 2“ die Angabe „und 3“ eingefügt.

6. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Bundes“ ein Komma und die Wörter „die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Für die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen ist § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

7. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der nach § 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils zum 1. Januar festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen für das folgende Kalenderjahr; abweichend hiervon gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des nach § 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen für das folgende Kalenderjahr.“
- b) In Absatz 4 werden die Wörter „gilt die Hälfte“ durch die Angabe „gelten 47 vom Hundert“ ersetzt.

8. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „der Verordnung (EWG) Nr. 1094/88 des Rates vom 25. April 1988 zur Änderung der Verordnungen (EWG) Nr. 797/85 und Nr. 1760/87 hinsichtlich der Stilllegung von Ackerflächen und der Extensivierung und Umstellung der Erzeugung (ABl. EG Nr. L 106 S. 28)“ durch die Angabe „von Vorschriften der Europäischen Gemeinschaft oder nach gesetzlichen Bestimmungen“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 1 Abs. 5 Satz 1 bis 4 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte“ durch die Angabe „§ 1 Abs. 6 Satz 1 bis 4 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Die landwirtschaftliche Krankenkasse teilt den Unternehmern den von ihnen zu zahlenden Beitrag schriftlich mit. Der Beitragsbescheid darf mit Wirkung für die Vergangenheit zuungunsten der Unternehmer nur dann aufgehoben werden, wenn

 1. die Veranlagung des Unternehmens nachträglich geändert wird,

2. eine im Laufe des Kalenderjahres eingetretene Änderung des Unternehmens nachträglich bekannt wird,
3. die Feststellung der Beiträge auf unrichtigen Angaben des Unternehmers oder wegen unterlassener Angaben des Unternehmers auf einer Schätzung beruht.“

9. § 42 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „nach“ der folgende Satzteil durch die Angabe „dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch); dieser Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres“ ersetzt.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

10. Nach § 51 wird folgender § 51a eingefügt:

„§ 51a
Übernahme der Krankenbehandlung
gegen Kostenerstattung

Für die Übernahme der Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes, die nicht versichert sind, ist § 264 Abs. 2 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

11. Die Überschrift des Siebten Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Siebter Abschnitt
Medizinischer Dienst, Versicherungs-
und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz“

12. § 56 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird nach dem Wort „Datenschutz“ ein Komma und das Wort „Datentransparenz“ angefügt.
- b) Nach dem Wort „Datenschutz“ werden die Wörter „und die Datentransparenz“ eingefügt.
- c) Die Angabe „§§ 275 bis 305“ wird durch die Angabe „§§ 275 bis 305a“ ersetzt.

13. Die Überschrift des Achten Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Achter Abschnitt
Straf- und Bußgeldvorschriften, Anwendung
sonstiger Vorschriften“

14. § 57 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Bußgeldvorschriften“ durch die Wörter „Straf- und Bußgeldvorschriften“ ersetzt.

b) Folgende neue Absätze 1 bis 4 werden eingefügt:

„(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen § 291a Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf dort genannte Versichertendaten zugreift.

(2) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen Anderen zu bereichern oder einen Anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

(3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.

(4) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 291a Abs. 7 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine dort genannte Gestattung verlangt oder mit dem Inhaber der Karte eine solche Gestattung vereinbart.“

c) Die bisherigen Absätze 1 bis 3 werden Absätze 5 bis 7.

d) Im neuen Absatz 6 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „in den Fällen des Absatzes 4 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den übrigen Fällen“ eingefügt.

15. Nach § 65 wird folgender § 66 angefügt:

„§ 66
Finanzierung im Jahr 2004

Jede landwirtschaftliche Krankenkasse hat nach dem 1. Januar 2004 unverzüglich einen Nachtragshaushalt aufzustellen, der die durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz bewirkten finanziellen Auswirkungen berücksichtigt; dabei müssen die durch § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bewirkten Einsparungen in vollem Umfang und die übrigen durch dieses Gesetz bewirkten Einsparungen mindestens zur Hälfte für Beitragssenkungen verwendet werden.“

Artikel 6a

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 22 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 6 wird nach dem Wort „Mutterchaftsgeld“ das Komma und das Wort „Entbindungsgeld“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und Entbindungsgeld“ gestrichen.

2. § 31 wird aufgehoben.

Artikel 7**Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes**

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 6“ ersetzt.
 - b) Absatz 1a wird aufgehoben.
2. In § 10 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe „nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Jahresarbeitsentgeltgrenze festgelegten Höhe“ durch die Wörter „Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

Artikel 8**Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes**

In § 19 Abs. 3 des Arbeitssicherstellungsgesetzes vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 6 oder 7“ ersetzt.

Artikel 9**Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 39 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702), wird wie folgt geändert:

1. § 16 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder droht.“
 - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 25 vom Hundert unterschritten ist.“
2. Dem § 24 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Liegt der Vertragsarztsitz in einem unterversorgten Gebiet, gilt die Pflicht bei der Wohnungswahl nach Satz 2 nicht.“
3. In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe in der Klammer wie folgt gefasst:

„(§ 95 Abs. 2b und 2c und § 95 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“.
4. § 32b wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
 - b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 95 Abs. 2c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

5. § 46 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe b wird nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „oder des Gesundheitszentrums“ eingefügt.
 - bb) In Buchstabe c wird nach dem Wort „Arzt“ ein Komma und die Wörter „das Gesundheitszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung“ eingefügt.
 - cc) In Buchstabe d wird nach dem Wort „Arzt“ ein Komma und die Wörter „des Gesundheitszentrums“ oder der sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtung“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 wird in Buchstabe b der Punkt gestrichen und folgende Buchstaben c und d angefügt:
 - c) § 97 nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem Gesundheitszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 100 Euro
 - d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 100 Euro.

Artikel 10**Änderung der Schiedsamtverordnung**

In § 19 Satz 3 der Schiedsamtverordnung in der im BGBl. Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 83 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 83“ ersetzt.

Artikel 11**Änderung der Sonderurlaubsverordnung**

In § 12 Abs. 3 Satz 5 der Sonderurlaubsverordnung, die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 27. Mai 2002 (BGBl. I S. 1667) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 6“ ersetzt.

Artikel 12**Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3586), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 43 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor den Wörtern „nicht im Wege des Versandes“ die Wörter „ohne behördliche Erlaubnis“ und nach den Wörtern „in den Verkehr gebracht werden“ die Textstelle „; das Nähere regelt das Apothekengesetz“ eingefügt.
 - b) In Absatz 3 wird das Wort „in“ durch das Wort „von“ ersetzt.

2. In § 48 Abs. 2 Nr. 4 werden nach dem Wort „Verschreibung“ die Wörter „, einschließlich der Verschreibung in elektronischer Form“ eingefügt.

3. § 63 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Das Bundesministerium“ durch die Wörter „Die Bundesregierung“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„In diesem werden die Zusammenarbeit der beteiligten Behörden und Stellen auf den verschiedenen Gefahrenstufen, die Einschaltung der pharmazeutischen Unternehmer sowie die Beteiligung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten näher geregelt und die jeweils nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu ergreifenden Maßnahmen bestimmt.“

4. In § 73 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „oder“ am Ende der Nummer durch ein Komma ersetzt und danach folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. im Falle des Versandes an den Endverbraucher das Arzneimittel zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt ist und von einer Apotheke eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, welche für den Versandhandel nach ihrem nationalen Recht, soweit es dem deutschen Apothekenrecht in Hinblick auf die Vorschriften zum Versandhandel entspricht, oder nach dem deutschen Apothekengesetz befugt ist, entsprechend den deutschen Vorschriften zum Versandhandel oder zum elektronischen Handel versandt wird oder“.

5. § 78 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden hinter dem Wort „Wirtschaft“ die Wörter „und Arbeit“ eingefügt und die Wörter „Ernährung, Landwirtschaft und Forsten“ durch die Wörter „Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 wird das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, den Festzuschlag für Apotheken festzusetzen.“

b) In Absatz 2 wird Satz 2 aufgehoben.

Artikel 13

Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

Das Gesetz über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung des Gesetzes wird wie folgt gefasst:

„Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)“

2. Dem § 2 werden folgende Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Die Erlaubnis zum Betrieb mehrerer öffentlicher Apotheken ist dem Betreiber auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 bis 3 für jede der beantragten Apotheken erfüllt.

(5) Für den Betrieb mehrerer öffentlicher Apotheken gelten die Vorschriften dieses Gesetzes mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. Der Betreiber hat eine der Apotheken (Hauptapotheke) persönlich zu führen.

2. Für jede weitere Apotheke (Nebenapotheke) hat der Betreiber schriftlich einen Verantwortlichen zu benennen, der die Verpflichtungen zu erfüllen hat, wie sie in diesem Gesetz und in der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind. Soll die Person des Verantwortlichen geändert werden, so ist dies der Behörde von dem Betreiber eine Woche vor der Änderung schriftlich anzuzeigen.

3. In § 3 wird in Nummer 4 am Ende das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und Nummer 5 aufgehoben.

4. In § 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Im Falle des § 2 Abs. 4 obliegen dem vom Betreiber nach § 2 Abs. 5 Nr. 2 benannten Apotheker die Pflichten entsprechend Satz 1; die Verpflichtungen des Betreibers bleiben unberührt.“

5. In § 11 wird dem Absatz 1 folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht, soweit aufgrund von Verträgen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder zu vereinbarten Versorgungsformen für Apotheken anderes festgelegt wird.“

6. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

„§ 11a

Die Erlaubnis zum Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes ist dem Inhaber einer Erlaubnis nach § 2 auf Antrag zu erteilen, wenn

1. der Versand aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb erfolgen soll,

2. der Antragsteller durch ein Qualitätssicherungssystem sicherstellt, dass

a) das zu versendende Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert wird, dass seine Qualität und Wirksamkeit erhalten bleibt;

b) das versandte Arzneimittel der Person ausgeliefert wird, die von dem Auftraggeber der Bestellung der Apotheke mitgeteilt wird. Diese Festlegung kann insbesondere die Aushändigung an eine namentlich benannte Person oder einen benannten Personenkreis oder die freie Entscheidung des Logistikunternehmens beinhalten;

c) die Patientin oder der Patient auf das Erfordernis hingewiesen wird, mit dem behandelnden Arzt

Kontakt aufzunehmen, sofern Probleme bei der Medikation auftreten;

- d) die Beratung durch pharmazeutisches Personal wahrgenommen wird;

3. der Antragsteller sicherstellt, dass er

- a) innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Eingang der Bestellung das bestellte Arzneimittel versendet, soweit er das Arzneimittel in dieser Zeit zur Verfügung hat, es sei denn, es wurde eine andere Absprache mit der Person getroffen, die das Arzneimittel bestellt hat;
- b) eine kostenfreie Zweitzustellung veranlasst;
- c) ein System zur Sendungsverfolgung unterhält und
- d) eine Transportversicherung abgeschlossen hat.

Die Erlaubnis gilt als erteilt, wenn sie nicht innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Antragstellung abgelehnt worden ist.“

7. In § 14 Abs. 4 Satz 3 werden nach der Angabe „(§ 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ die Wörter „sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder vertraglich zur ambulanten Versorgung dieser Patienten (§§ 116b und 140b Abs. 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt ist,“ eingefügt.

8. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Ohne Zustimmung des Bundesrates können durch die Apothekenbetriebsordnung nach Satz 1 Regelungen über die Organisation, Ausstattung und Mitwirkung von Apotheken bei der Durchführung von nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch vereinbarten Versorgungsformen erlassen werden. Weiterhin wird das Bundesministerium ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Regelungen insbesondere zur Gestaltung einschließlich des Betriebens und der Qualitätssicherung von Informationen in elektronischen Medien, die in Verbindung mit dem elektronischen Handel mit Arzneimitteln verwendet werden, zu treffen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „Rechtsverordnung nach Absatz 1“ werden durch die Wörter „Apothekenbetriebsordnung nach Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 1 wird folgende neue Nummer 1a eingefügt:

„1a. die Anforderungen an den Versand, an den elektronischen Handel, an die Beratung und Information in Verbindung mit diesem Arzneimittelhandel und Sicherstellung der ordnungsgemäßen Aushändigung dieser Arzneimittel an den Endverbraucher sowie zur Bestimmung von Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen, deren Abgabe auf dem Wege des Versandhandels aus Gründen der Arzneimittelsicherheit oder des

Verbraucherschutzes nicht zulässig ist, soweit nicht mit angemessenen Mitteln die Arzneimittelsicherheit und der Verbraucherschutz gewährleistet werden können und die Annahme der Risiken begründet und die Risiken unverhältnismäßig sind,“.

cc) Nummer 6 erhält folgende Fassung:

„6. die Größe, Beschaffenheit, Ausstattung und Einrichtung der Apothekenbetriebsräume sowie der sonstigen Räume, die den Versand und den elektronischen Handel mit Arzneimitteln sowie die Beratung und Information in Verbindung mit diesem Versandhandel einschließlich dem elektronischen Handel betreffen,“.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 4 können ferner insbesondere folgende Regelungen zur Gestaltung einschließlich des Betriebens und der Qualitätssicherung von Informationen in elektronischen Medien getroffen werden, die in Verbindung mit dem elektronischen Handel mit Arzneimitteln verwendet werden:

1. Darbietung und Anwendungssicherheit,
2. Vermittlungsart und -qualität der Information,
3. Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle und Qualitätsbestätigung,
4. Zielgruppenorientierung,
5. Transparenz,
6. Urheberschaft der Webseite und der Informationen,
7. Geheimhaltung und Datenschutz,
8. Aktualisierung von Informationen,
9. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner für Rückmeldungen,
10. Zugreifbarkeit,
11. Verlinkung zu anderen Webseiten und sonstigen Informationsträgern.“

9. § 32 wird aufgehoben.

Artikel 14

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Die Apothekenbetriebsordnung vom 9. Februar 1987 (BGBl. I S. 547), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3396) und die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung vom 24. Juni 2002 (BGBl. I S. 2131), jeweils in der geltenden Fassung, bleiben unberührt.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 3 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:
- „4. bei einer Nebenapotheke nach § 2 Abs. 5 Nr. 2 des Apothekengesetzes der vom Betreiber benannte Verantwortliche,“.
- b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:
- „Neben dem Apothekenleiter nach Absatz 1 Nr. 4 ist auch der Betreiber für die Einhaltung der zum Betreiben von Apotheken geltenden Vorschriften verantwortlich.“
- c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Der Apothekenleiter darf neben Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten die in § 25 genannten Waren nur in einem Umfang anbieten oder feilhalten, der den ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke und den Vorrang des Arzneimittelversorgungsauftrages nicht beeinträchtigt.“
- d) In Absatz 6 wird Satz 4 wie folgt gefasst:
- „Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Vertretung des Inhabers einer Erlaubnis nach § 2 Abs. 4 des Apothekengesetzes und nicht für die Vertretung des Leiters einer krankenhausversorgenden Apotheke.“
3. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:
- „Die Betriebsräume müssen nach Art, Größe, Zahl, Lage und Einrichtung geeignet sein, einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb, insbesondere die einwandfreie Entwicklung, Herstellung, Prüfung, Lagerung, Verpackung sowie eine ordnungsgemäße Abgabe von Arzneimitteln und die Information und Beratung über Arzneimittel, auch mittels Einrichtungen der Telekommunikation, zu gewährleisten. Soweit die Apotheke Arzneimittel versendet oder elektronischen Handel betreibt, gilt Satz 1 entsprechend.“
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Räume, in denen anwendungsfertige Zytostatikazubereitungen hergestellt werden, oder die den Versand und den elektronischen Handel mit Arzneimitteln sowie die Beratung und Information in Verbindung mit diesem Versandhandel einschließlich dem elektronischen Handel betreffen.“
4. § 14 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Soweit es sich bei den Arzneimitteln um Teilmengen von Fertigarzneimitteln handelt, sind die Angaben der Kennzeichnung des Fertigarzneimittels sowie eine Ausfertigung der Packungsbeilage beizufügen.“
5. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Arzneimittel dürfen, außer im Falle von § 11a des Apothekengesetzes und des Absatzes 2a, nur in den Apothekenbetriebsräumen in den Verkehr gebracht und nur durch pharmazeutisches Personal ausgehändigt werden.“
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Versendung aus der Apotheke oder die“ gestrichen, nach dem Wort „Einzelfall“ die Wörter „ohne Erlaubnis nach § 11a des Apothekengesetzes“ und nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
- „Absatz 2a Satz 1 Nr. 1 und 2 und Satz 2 gilt entsprechend; Absatz 2a Satz 1 Nr. 4 bis 6 ist, soweit erforderlich, ebenfalls anzuwenden.“
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
- „(2a) Bei dem nach § 11a des Apothekengesetzes erlaubten Versand hat der Apothekenleiter sicherzustellen, dass
1. das Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert wird, dass seine Qualität und Wirksamkeit erhalten bleibt;
 2. das Arzneimittel entsprechend der Angaben des Auftraggebers ausgeliefert und gegebenenfalls die Auslieferung schriftlich bestätigt wird. Der Apotheker kann in begründeten Fällen entgegen der Angabe des Auftraggebers, insbesondere wegen der Eigenart des Arzneimittels, verfügen, dass das Arzneimittel nur gegen schriftliche Empfangsbestätigung ausgeliefert wird;
 3. eine kostenfreie Zweitzustellung möglich ist;
 4. ein System zur Sendungsverfolgung unterhalten wird;
 5. die behandelte Person darauf hingewiesen wird, dass sie mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen soll, sofern Probleme bei der Medikation auftreten;
 6. die behandelte Person darauf hingewiesen wird, dass ihr die Beratung durch pharmazeutisches Personal auch mittels Einrichtungen der Telekommunikation zur Verfügung steht; die Möglichkeiten und Zeiten der Beratung sind ihnen mitzuteilen.
- Die Versendung darf nicht erfolgen, wenn zur sicheren Anwendung des Arzneimittels ein Informations- oder Beratungsbedarf besteht, der auf einem anderen Wege als einer persönlichen Information oder Beratung durch einen Apotheker nicht erfolgen kann.“
6. § 23 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 3 wird die Angabe „16.00“ durch die Angabe „20.00“ ersetzt.
- b) Nummer 4 wird gestrichen.
7. § 25 wird wie folgt gefasst:
- „§ 25
Apothekenübliche Waren
Apothekenübliche Waren sind
1. Medizinprodukte, auch soweit sie nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
 2. Mittel sowie Gegenstände und Informationsträger, die der Gesundheit von Menschen und Tieren mittelbar oder unmittelbar dienen oder diese fördern,
 3. Prüfmittel, Chemikalien, Reagenzien, Laborbedarf,
 4. Schädlingsbekämpfungs- und Pflanzenschutzmittel,
 5. Mittel zur Aufzucht von Tieren.“

Artikel 15

Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

Das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 werden folgende Absätze 5 und 6 angefügt:

„(5) Das Gesetz findet keine Anwendung auf den Schriftwechsel und die Unterlagen, die nicht Werbezwecken dienen und die zur Beantwortung einer konkreten Anfrage zu einem bestimmten Arzneimittel erforderlich sind.“

(6) Das Gesetz findet ferner keine Anwendung beim elektronischen Handel mit Arzneimitteln auf das Bestellformular und die dort aufgeführten Angaben, soweit diese für eine ordnungsgemäße Bestellung notwendig sind.“

2. In § 7 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „anzukündigen oder zu gewähren“ die Wörter „oder als Angehöriger der Fachkreise anzunehmen“ eingefügt.
3. § 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 8

Unzulässig ist die Werbung, Arzneimittel im Wege des Teleshoppings oder bestimmte Arzneimittel im Wege der Einzeleinfuhr nach § 73 Abs. 2 Nr. 6a oder § 73 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes zu beziehen.“

4. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. entgegen § 7 Abs. 1 als Angehöriger der Fachkreise eine Zuwendung oder sonstige Werbegabe annimmt,“.

- b) In Absatz 1 Nr. 4 wird die Textstelle „Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2“ gestrichen.

- c) In Absatz 3 werden die Angabe „fünfundzwanzigtausend“ durch die Angabe „fünfzigtausend“ und die Angabe „zwölftausendfünfhundert“ durch die Angabe „zwanzigtausend“ ersetzt.

5. § 16 wird wie folgt gefasst:

„§ 16

Werbematerial und sonstige Gegenstände, auf die sich eine Straftat nach § 14 oder eine Ordnungswidrigkeit nach § 15 bezieht, können eingezogen werden. § 74a des Strafgesetzbuches und § 23 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten sind anzuwenden.“

Artikel 16

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 10. November 2001 (BGBl. I S. 2992), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Ausgenommen sind die Preisspannen und Preise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, soweit nicht § 11 ein anderes regelt.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Höchstzuschlag ist bei einem Herstellerabgabepreis

bis	3,00 Euro	15,0 vom Hundert
von 3,75 Euro bis	5,00 Euro	12,0 vom Hundert
von 6,67 Euro bis	9,00 Euro	9,0 vom Hundert
von 11,57 Euro bis	23,00 Euro	7,0 vom Hundert
von 26,83 Euro bis	1 200,00 Euro	6,0 vom Hundert.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Höchstzuschlag ist bei einem Herstellerabgabepreis

von	3,01 Euro bis	3,74 Euro	0,45 Euro
von	5,01 Euro bis	6,66 Euro	0,60 Euro
von	9,01 Euro bis	11,56 Euro	0,81 Euro
von	23,01 Euro bis	26,82 Euro	1,61 Euro
ab	1 200,01 Euro		72,00 Euro.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Festzuschlag ist 7,30 Euro zuzüglich 3 vom Hundert.“

- b) Absatz 4 wird aufgehoben.

- c) Absatz 5 wird zu Absatz 4.

4. Nach § 3 wird folgender § 3a eingefügt:

„§ 3a

Abweichende Vereinbarungen

(1) Trifft ein Landesverband der Krankenkassen oder ein Verband der Ersatzkassen mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene Vereinbarungen über den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis (§ 129 Abs. 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), so ist abweichend von § 3 dieser Preis bei der Abgabe zu berücksichtigen. Auch für die durch diese Vereinbarungen nicht erfassten Abgaben kann auf die vereinbarten Preise abgestellt werden.

(2) Trifft eine Krankenkasse oder einer ihrer Verbände mit Apotheken für den Versand von Arzneimitteln oder für die Abgabe von Arzneimitteln in vertraglich vereinbarten Versorgungsformen (§ 129 Abs. 5a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) Vereinbarungen über den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis, so ist abweichend von § 3 dieser Preis bei der Abgabe zu berücksichtigen. Auch für die durch diese Vereinbarungen nicht erfassten Abgaben kann auf die vereinbarten Preise abgestellt werden.“

5. Nach § 10 wird folgender § 11 eingefügt:

§ 11

„Übergangsregelung

Für die Abgabe von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zu Lasten von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch verordnet werden, sind die

§§ 2 und 3 dieser Verordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum erstmaligen Inkrafttreten von Vereinbarungen nach § 129 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zwischen der abgebenden Apotheke und der Krankenkasse weiter anzuwenden.“

Artikel 17

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG)

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 37 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehen den Leistungen zur Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.“

2. Dem § 38 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Hilfen werden nur in dem durch Anwendung des § 28 Abs. 4 und § 62a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erzielbaren geringsten Umfang geleistet.“

Artikel 18

Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

Das Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626, 2654), wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information kann insbesondere durch das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin nach § 139a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Bundesausschüsse nach § 91 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie den Ausschuss Krankenhaus nach § 137c Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Erteilung der Forschungsaufträge nach Absatz 1 Satz 3 beauftragt werden. Die Aufträge des Zentrums sind vorrangig zu bearbeiten.“

2. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Zur Unterstützung bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 beruft das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information einen wissenschaftlichen Beirat.“

Artikel 19

Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler

Das Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler (Artikel 11 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002, BGBl. I S. 4637) wird aufgehoben.

Artikel 20

Änderung der Strafprozessordnung

§ 97 Abs. 2 der Strafprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), die zuletzt durch das Gesetz vom 11. Oktober 2002 (BGBl. I S. 3970) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und der Halbsatz angefügt: „es sei denn, es handelt sich um eine Gesundheitskarte im Sinne des § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenanstalt“ die Wörter „oder eines Dienstleisters, der für die Genannten personenbezogene Daten erhebt, verarbeitet oder nutzt,“ eingefügt.

Artikel 21

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

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

1. In § 51 Abs. 1 Nr. 2 wird der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch ein Komma ersetzt.
2. Nach § 205 wird folgender § 206 eingefügt:

„§ 206
Rechtsweg bei rechtshängigen Verfahren vor den Verwaltungsgerichten über Kündigungen von Versorgungsverträgen für Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken

Artikel 21 Nr. 1 des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems vom ... (BGBl. I S. ...) findet keine Anwendung auf Verfahren, die am 31. Dezember 2006 rechtshängig sind.“

Artikel 22

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 9 bis 11, 14 und 16 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können aufgrund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 23

Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und zur Organisation der Krankenkassen

§ 1

Durchführung von Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder regeln die Durchführung der nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung erforderlichen Organisationsänderungen bis zum 30. Juni 2004.

§ 2

Wahl der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen bis zum 30. September 2004 aus ihrer Mitte die Mitglieder der Vertreterversammlung nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung. Hierbei sind § 79 Abs. 2 und § 80 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

§ 3

Wahl des Vorstandes
der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Vertreterversammlung nach § 2 wählt bis zum 1. Dezember 2004 den Vorstand nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. Hierbei sind § 79 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 4

Wahl der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Die Mitglieder der Vertreterversammlung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 wählen bis zum 30. November 2004 die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. § 2 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die konstituierende Sitzung hat spätestens im Dezember 2004 stattzufinden.

§ 5

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen
Bundesvereinigungen

Die Vertreterversammlung nach § 4 wählt bis zum 31. März 2005 den Vorstand sowie aus seiner Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. § 3 Satz 2 gilt entsprechend. In der konstituierenden Sitzung nach § 4 Satz 3 ist zu bestimmen, wer die Vorstandsaufgaben bis zur Wahl nach Satz 1 wahrnimmt.

§ 6

Moratorium für die Errichtung und Öffnung
von Betriebs- und Innungskrankenkassen

(1) Abweichend von § 147 Abs. 1 und § 157 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann bis zum 1. Januar 2007 die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen nicht genehmigt werden, wenn die Abstimmung nach § 148 Abs. 2 und § 158 Abs. 2 des Fünften Buches Sozial-

gesetzbuch am ... (Einfügen: Tag der ersten Lesung dieses Gesetzes) noch nicht durchgeführt worden ist.

(2) Bis zum 1. Januar 2007 können Satzungsregelungen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur genehmigt werden, wenn die Krankenkasse im Zeitpunkt der Antragstellung bereits zehn Jahre errichtet war, oder wenn der Antrag auf Genehmigung am ... (Einfügen: Tag der ersten Lesung dieses Gesetzes) bei der zuständigen Aufsichtsbehörde eingegangen ist.

§ 7

Weitergeltung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse

§ 1 des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19. April 2000 (BGBl. I S. 571) wird durch die Vorschriften dieses Gesetzes nicht berührt.

Artikel 24**Neufassung des Gesetzes
über das Apothekenwesen
und der Apothekenbetriebsordnung**

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Wortlaut des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung in den vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an geltenden Fassungen im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 25**Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2004 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 3 Nr. 3 tritt mit Wirkung vom 1. April 2003 in Kraft.

(3) Artikel 23 § 6 tritt am ... (Einfügen: Tag der ersten Lesung) in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 9, 22 Buchstabe b, Nr. 23 Buchstabe b, Nr. 32, 33 mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 8, Nr. 34, 35 Buchstabe a, Nr. 36, 37, 42 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc, Nr. 43 Buchstabe e, Nr. 44 Buchstaben a und b Doppelbuchstabe aa, Nr. 47 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und Buchstabe f Doppelbuchstabe aa, Nr. 51 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Nr. 55 mit Ausnahme von Absatz 5 Sätze 2 und 3, Nr. 66 mit Ausnahme des § 116a, Nr. 67, 68, 69, 164 treten zum 1. Januar 2005 in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 56, 57, 59, 113 und Artikel 21 treten zum 1. Januar 2007 in Kraft.

Berlin, den 16. Juni 2003

Franz Müntefering und Fraktion
Katrin Göring-Eckardt, Krista Sager und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Grundlegende Umorientierung des Gesundheitswesens

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland mit den Grundprinzipien Solidarität, Sachleistungsanspruch und gleicher Leistungsanspruch für alle gilt weltweit nach wie vor als Vorbild. Alle Versicherten haben die gleichen Rechte, unabhängig von ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit. Es gibt weder Wartelisten noch Altersbeschränkungen für nicht aufschiebbare Operationen. Trotz aller aktuellen Probleme ist die gesetzliche Krankenversicherung leistungsfähig. Aus Beiträgen stehen jährlich rd. 140 Mrd. Euro für ihre Finanzierung zur Verfügung. Allerdings erfolgt die Mittelverwendung aufgrund verkrusteter Strukturen und Fehlentwicklungen nicht zielgenau. Wie exemplarisch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen konstatiert hat, existieren in unserem Gesundheitssystem in Teilbereichen Fehl-, Unter- und Überversorgung. Die Defizite betreffen vor allem die großen Volkskrankheiten, die zudem die höchsten Aufwendungen verursachen. Nach der Analyse der Wissenschaftler ist das System zu teuer, zu wenig wirksam und zu wenig an den Interessen der Patientinnen und Patienten orientiert. Mittel werden fehlgeleitet und stehen dann dort, wo sie tatsächlich benötigt werden, nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung. Auch internationale Vergleiche belegen: Obwohl das deutsche Gesundheitssystem pro Kopf und gemessen am Bruttoinlandsprodukt hohe Aufwendungen verursacht, ist die Qualität der medizinischen Versorgung verbesserungswürdig.

Hinzu kommt: Der medizinische Fortschritt, der sich für viele Menschen positiv auswirken kann, wird tendenziell die Kosten weiter nach oben treiben. Auch die demographische Entwicklung stellt die gesetzliche Krankenversicherung vor große Herausforderungen: Die Zahl der älteren Bürgerinnen und Bürger steigt weiter an, die im Durchschnitt weniger einzahlen und mehr Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Angesichts der weltweit angespannten Wirtschaftslage müssen zugleich Wege beschritten werden, die Lohnnebenkosten zu begrenzen, um beschäftigungswirksame Impulse geben zu können.

Deshalb hat die Bundesregierung bereits in der vergangenen Legislaturperiode eine grundlegende Umorientierung im Gesundheitswesen eingeleitet. Durch die finanzielle Förderung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) über den Risikostrukturausgleich, die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in Richtung einer direkten Erfassung von Morbiditätsunterschieden zwischen den Krankenkassen und die Einführung der Fallpauschalen im Krankenhausbereich sind bereits wichtige Weichenstellungen erfolgt. Durch die Förderung strukturierter Behandlungsprogramme erhalten die Krankenkassen einen finanziellen Anreiz, spezielle qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten anzubieten. Dies stellt eine ganz neue Qualität in der medi-

zinischen Versorgung dar: Patientinnen und Patienten, die sich in ein Programm einschreiben, werden über Diagnosen und therapeutische Schritte genau informiert und in die Behandlungsentscheidungen von Anfang an mit einbezogen. Das Patienten-Arzt-Verhältnis erhält ein neues Gewicht und ist in den Ausbau einer integrierten Versorgung, in der die verschiedenen Gesundheitsberufe und Sektoren koordiniert zusammenarbeiten, eingebettet.

Der hiermit eingeleitete Weg muss jetzt konsequent weiter beschritten und durch eine Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf allen Ebenen fortgesetzt werden. Angesichts veränderter medizinischer, ökonomischer und sozialer Rahmenbedingungen ist eine konsequente Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens unerlässlich. Ohne grundlegende Reformen und Anpassungsschritte steigt die Gefahr einer Einschränkung medizinischer Leistungen oder einer vom Alter abhängigen Zuteilung der medizinischen Versorgung. Deshalb muss jetzt die Entscheidung dafür fallen, das hohe Gut Gesundheit für alle bezahlbar zu halten, indem die Strukturen modernisiert, die Finanzgrundlagen neu geordnet und die Lohnzusatzkosten zugleich spürbar entlastet werden.

Dabei geht es auch darum, das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung im Gesundheitssystem wieder zu stärken. Viele betrachten das Gesundheitswesen als „Selbstbedienungsladen“. Eine Vielzahl von Lobbyisten widersetzt sich notwendigen Veränderungen aus ökonomischen Eigeninteressen, was dazu geführt hat, dass überkommene Strukturen zu lange aufrechterhalten wurden und Anreize, auf Kosten der Beitragszahler überflüssige oder qualitativ bedenkliche Leistungen zu erbringen, bestehen blieben.

Deshalb muss das Gesundheitswesen jetzt grundlegend erneuert werden. Durch das Aufbrechen starrer Strukturen und den Ausbau einer solidarischen Wettbewerbsordnung werden mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems Anreize auf allen Ebenen gesetzt, die Qualität der Versorgung zu verbessern und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Hierdurch wird ein zielorientierter Einsatz der Finanzmittel bei deutlicher Qualitätssteigerung gewährleistet. Durch eine Neuordnung der Finanzierung wird mehr Belastungsgerechtigkeit geschaffen. Die Beitragssätze können so deutlich gesenkt werden.

Insgesamt wird damit sichergestellt, dass die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarität, Sachleistungsprinzip und gleicher Leistungsanspruch für alle – zu bezahlbaren Bedingungen für die Zukunft Bestand haben.

2. Beitragssatzsicherungsmaßnahmen als Voraussetzung zur Modernisierung

Die Voraussetzungen für eine solch umfassende Modernisierung der Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit den von der Bundesregierung eingeleiteten Beitragssatzsicherungsmaßnahmen geschaffen worden.

Die von den Koalitionsfraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf den Weg gebrachten Gesetze zu Bei-

tragssatzsicherungsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsatzsicherungsgesetz und 12. SGB V-Änderungsgesetz) haben die Voraussetzungen dafür geschaffen, in diesem Jahr die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen. Die Gesetze waren dringend erforderlich, da die weltweite Konjunkturkrise auch bei den Sozialversicherungsträgern negative Auswirkungen hatte und zu größeren Einnahmeverlusten geführt hat, als allgemein erwartet wurde. Zudem waren insbesondere im Arzneimittelbereich überproportionale Ausgabensteigerungen zu verzeichnen, die medizinisch kaum zu begründen sind.

Deshalb wurden sofort wirksame Maßnahmen zur Senkung der Arzneimittelausgaben, zur finanziellen Entlastung und zur Verbreiterung der solidarischen Basis der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen: Hierzu gehören – neben Regelungen zur Senkung der Arzneimittelausgaben – Solidarbeiträge aller Beteiligten, die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze entsprechend der Erhöhung der Beitragbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung auf 75 % dieses Wertes sowie die Beschränkung von Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Ausnahmetatbeständen bis Ende 2003. Insgesamt ist mit den Maßnahmen der Gesetze im Jahr 2003 in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Einsparvolumen von knapp 3 Mrd. Euro realisierbar.

Die kurzfristigen Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung und die Verbreiterung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung schaffen den notwendigen Spielraum für die jetzt anstehenden weiteren Reformen auf allen Ebenen.

3. Sicherung der Finanzierung

Die Modernisierung der Strukturen unseres Gesundheitswesens steht in engem Zusammenhang mit weiteren Reformüberlegungen. Die Systeme der sozialen Sicherung stehen mittel- und langfristig vor weiteren schwierigen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung und grundlegende Veränderungen der Erwerbsbiographien sowie die Entwicklung der Einkommensverteilung konfrontieren Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung mit tiefgreifenden Problemen. Durch die am Arbeitsverhältnis und den akzessorischen Lohnersatzleistungen ansetzende lohnzentrierte Finanzierung drohen diese Entwicklungen langfristig zu einer wachsenden Belastung des Faktors Arbeit zu werden. Dies ist mit weitreichenden Konsequenzen für gesamtwirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung verbunden.

Vor diesem Hintergrund ist die „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ eingesetzt worden, die Vorschläge für die Weiterentwicklung der Sozialversicherung erarbeiten soll. Insbesondere geht es darum, die langfristige Finanzierung der sozialstaatlichen Sicherungsziele und die Generationengerechtigkeit zu gewährleisten. Um beschäftigungswirksame Impulse zu geben, müssen Wege beschritten werden, die Lohnnebenkosten zu senken.

Die Neuordnung der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die zu mehr Belastungsgerechtigkeit führt und Beitragssatzsenkungen ermöglicht, ist ein wesentlicher Schritt zur nachhaltigen Sicherung der gesetzlichen Kran-

kenversicherung. Langfristig werden weitere Weichenstellungen zur nachhaltigen Finanzierung der GKV erfolgen müssen. Im Rahmen dieser Diskussionen wird auch die Frage eines Beitragszuschusses für freiwillig in der GKV versicherte Beamte, Richter und Versorgungsempfänger zu klären sein.

Insgesamt sind die einzelnen Schritte, die eine effiziente Versorgung mit einer Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen verbinden, verzahnt mit Beratungen der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ und berücksichtigen kurzfristig umsetzbare Ergebnisse.

4. Gesundheitspolitik als Reformprozess

Vor dem Hintergrund der Globalisierung und eines sich immer schneller vollziehenden Wandels unserer Gesellschaft ist es eine Illusion zu glauben, mit einer allumfassenden, einmaligen Reform alle Probleme der Zukunft lösen zu können. Eine solch statische Betrachtung wird den heutigen Anforderungen an eine moderne, zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik nicht mehr gerecht. In Zeiten der Globalisierung und grundlegenden gesellschaftlichen Veränderungen mit der Folge einer Vielfalt von Arbeits- und Lebensmodellen muss Gesundheitspolitik als Prozess konzipiert und realisiert werden. Nur so ist es möglich, flexibel, angemessen und vorausschauend die Dynamik des globalisierten Wandels sozialpolitisch zu flankieren.

Auch nach der Modernisierung der Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gleichzeitig eingeleiteten Neuordnung der Finanzierung im Hinblick auf mehr Belastungsgerechtigkeit wird es keinen Stillstand geben dürfen. Zu einem dauerhaften Reformprozess gehören neben weiteren langfristigen Überlegungen aktuell auch z. B. die Umsetzung des Fallpauschalengesetzes, die Einführung der Positivliste im Arzneimittelbereich, die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die weitere Etablierung von Chronikerprogrammen und die Erarbeitung eines eigenständigen Präventionsgesetzes. Dieses Gesetz ist somit ein wichtiger, aber nicht der abschließende Meilenstein im Reformprozess.

5. Modernisierung des Gesundheitssystems

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems werden nun die Fundamente für den weiteren Reformweg gelegt durch Flexibilisierung und Erneuerung der Strukturen, Abbau von Überreglementierung und Intransparenz, Beseitigung von Schnittstellenproblemen und Erleichterung des fach- und sektorenübergreifenden Zusammenwirkens aller Beteiligten sowie klare Zielvorgaben für das medizinische Versorgungsniveau. Die strukturellen Änderungen sorgen für einen sachgerechten Einsatz der Finanzmittel und beseitigen Fehl-, Unter- und Überversorgung. Sie stellen sicher, dass Patientinnen und Patienten zielgenaue Leistungen für ihre Beiträge bekommen. Leistungen werden auf das medizinisch Notwendige beschränkt und unnötige Behandlungen und Mehrfachuntersuchungen künftig verhindert. Prävention und Eigenverantwortung werden gefördert und das Kostenbewusstsein aller gesteigert.

Das Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems stärkt nachhaltig und dauerhaft die Qualität der medizini-

schen Versorgung durch eine konsequente Ausrichtung der Medizin auf qualitätsorientierte Aspekte. Die Wirtschaftlichkeit wird gefördert durch Ausbau einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in der der Wettbewerb der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der Verbesserung der Qualität dienen soll. Die Kompetenz der Patientinnen und Patienten zu eigenverantwortlichem Mitwirken und eigenverantwortlichen Entscheidungen wird gestärkt durch eine Vergrößerung der Transparenz und mehr Information auf allen Ebenen der medizinischen Versorgung.

Zur Förderung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen stärker zur Kooperation untereinander und mit anderen Beteiligten verpflichtet. Zudem wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren. Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eines Arbeitgebers können Kassen sowohl dem Arbeitgeber als auch teilnehmenden Versicherten Boni gewähren. Um den Stellenwert der Prävention insgesamt zu stärken, wird noch in diesem Jahr ein eigenständiges Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden.

In der ambulanten Versorgung werden die vertraglichen Freiräume vergrößert. Künftig sollen auch Einzelverträge möglich werden. Die Lotsenfunktion von Hausärzten wird weiter gestärkt durch spezielle Anreize für die Inanspruchnahme von Hausarztssystemen. Gesundheitszentren werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und in das Einzelvertragssystem einbezogen. Die integrierte Versorgung wird gefördert, indem restriktive gesetzliche Vorgaben abgebaut werden. Zur Sicherung der Qualität in der medizinischen Versorgung wird zudem künftig jeder Arzt nachweisen, dass er seiner schon heute bestehenden berufsrechtlichen Fortbildungsverpflichtung regelmäßig nachkommt.

Das neu einzurichtende „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ wird eine wichtige Hilfestellung für die Selbstverwaltung für künftige Entscheidungen sein. Unabhängige Sachverständige werden dort Behandlungsleitlinien für ausgewählte Krankheiten entwickeln und Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs einschließlich der Kosten-Nutzen-Bewertungen für neue Arzneimittel erarbeiten. Die konsequente Prüfung des Nutzens von Therapien, Technologien und Arzneimitteln sowie das Mitwirken an Behandlungsleitlinien für die großen chronischen Volkskrankheiten werden dynamische Qualitätsstandards setzen und damit die Effizienz verbessern.

Die Selbstverwaltung wird modernisiert, entscheidungshemmende Faktoren werden abgebaut. Blockaden in der Selbstverwaltung, die in der Vergangenheit oftmals Entscheidungen erschwert haben, werden künftig durch Ersatzverfahren entschärft.

Die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes wird fortgesetzt. Die Arzneimittelpreis-Verordnung wird novelliert und der Versandhandel zugelassen.

Durch die Neuordnung der Finanzierung wird darüber hinaus eine deutliche Senkung des Beitragssatzes möglich. Mehr Eigenverantwortung dort, wo es möglich ist, sichert die solidarische Absicherung des Risikos Krankheit dort, wo es notwendig ist.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Zur Modernisierung des Gesundheitssystems mit dem Ziel einer qualitätsgesicherten und effizienten medizinischen Versorgung sind schwerpunktmäßig insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

- Es wird ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ errichtet. Zentrale Aufgabe des Zentrums wird die Bewertung von medizinischem Nutzen und der Qualität von Leistungen sein. Zu Schwerpunkten des Aufgabenbereiches gehört die Erarbeitung von Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterhin soll das Zentrum Nutzen-Kosten-Bewertungen von Arzneimitteln vornehmen und Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten erarbeiten. Zu den Aufgaben gehört auch die Bereitstellung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verbesserung der Patienteninformation und Transparenz für die Patientinnen und Patienten sowie zur Beschleunigung der Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Versorgung. Das Zentrum erarbeitet ferner Empfehlungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte.
- Für die gesetzliche Krankenversicherung tätige Ärzte werden künftig zur Fortbildung verpflichtet. Sie müssen regelmäßig nachweisen, dass sie ihre Fortbildungspflicht erfüllt haben.
- Die Qualitätssicherung in Praxen und Kassenärztlichen Vereinigungen wird verbessert. In den Praxen wird ein internes Qualitätsmanagement neu eingeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, über ihre eigenen, die Qualitätssicherung der Ärzte unterstützenden Aktivitäten Qualitätsberichte vorzulegen.
- Die Arzneimittelsicherheit wird im Kontext mit entsprechenden europäischen Initiativen weiter vergrößert. Zentrale Elemente sind hierbei die Einführung des elektronischen Rezepts sowie der elektronischen Gesundheitskarte.

2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden grundlegend modernisiert und veränderten Rahmenbedingungen angepasst, die mehr Freiheit und Flexibilität ermöglichen. Hierzu ist vorgesehen:

- Das Vertragsrecht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird flexibilisiert. Die kollektivvertraglich organisierte Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen gilt künftig grundsätzlich nur für die hausärztliche Versorgung (hierzuhin zählen auch Kinderärzte) sowie für die durch Frauenärzte und Augenärzte erbrachte fachärztliche Versorgung. Im Übrigen wird der Sicherstellungsauftrag geteilt und teilweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen und teilweise von den Krankenkassen übernommen. Insbesondere ist es künftig Aufgabe der Krankenkassen, Versorgungslücken zu schließen.

- Für die bereits zugelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten gilt: Sie bleiben im kollektivvertraglichen System, haben aber die Möglichkeit, aus diesen System auszuscheiden und Einzelverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Der Neuzugang zur fachärztlichen Versorgung – ausgenommen Frauenärzte und Augenärzte – erfolgt nicht mehr über die Erteilung einer Zulassung, sondern durch Einzelverträge mit den Krankenkassen.
- Die zahnärztliche Versorgung wird weiter durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sichergestellt.
- Krankenhäuser werden für hochspezialisierte Leistungen z. B. bei der Behandlung von Krebserkrankungen, für Einzelverträge im Rahmen der integrierten Versorgung und im Rahmen der Durchführung zugelassener Disease-Management-Programme sowie in unterversorgten Regionen für die ambulante Behandlung geöffnet. Hierbei sind bestimmte Qualitätsanforderungen zu erfüllen.
- Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten das Hausarztssystem anzubieten. Die Teilnahme an diesem System ist für Patientinnen und Patienten freiwillig. Als Bonusanreiz ist für eingeschriebene Patienten eine reduzierte Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel vorgesehen.
- Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung wird die vorrangige Inanspruchnahme des Hausarztes durch die Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung des Hausarztes gefördert. Ausgenommen sind Besuche bei Kinderärzten, bei Frauenärzten und Augenärzten, bei Psychotherapeuten sowie in Notfällen. Ausgenommen sind ferner Konsultationen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme oder integrierter Versorgung.
- In der hausärztlichen Versorgung werden umfassende Basisleistungen erbracht. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen.
- Gesundheitszentren werden zur vertragsärztlichen Leistungserbringung zugelassen und in das Einzelvertragssystem einbezogen.
- Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Bestehende Hemmnisse werden abgebaut und der Abschluss entsprechender Verträge erleichtert.

3. Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Das ärztliche Vergütungs- und Abrechnungssystem wird mit folgenden Schwerpunkten weiterentwickelt:

- Einführung von Komplexgebühren und Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen sowie ambulante Operationen und von Pauschalvergütungen für die Behandlung von Versicherten in Hausarztssystemen,
- Schaffung von Kalkulationssicherheit in der ärztlichen Vergütung durch Einführung eines festen Punktwertes im Rahmen von Regelleistungsvolumina,
- stärkere Einbeziehung der Krankenkassen in die Verantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung

(vertragliche Vereinbarung der Honorarverteilungsmaßstäbe),

- stärkere Verzahnung der Kompetenzen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen im Bereich der Honorarverteilung auf Bundes- und auf regionaler Ebene,
- Verbesserung der Effizienz der Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch eine veränderte Organisationsstruktur der Prüfungsausschüsse und eine zielgerichtetere Datenaufbereitung,
- wirksamere Prüfung der Leistungsabrechnungen, insbesondere auf der Grundlage von kalkulatorischen Zeitwerten für die abgerechneten Leistungen,
- stärkere Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts bei der Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität,
- Vergütungsanreize zur Einführung effizienter Versorgungsformen, z. B. durch spezifische Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen.

4. Modernisierung der Steuerung des Systems

Die gesamte Steuerung der medizinischen Versorgung und ihrer Leistungen wird durch eine Modernisierung des Systems auf eine neue Grundlage gestellt. Dies erfolgt durch folgende Maßnahmen:

- Die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden modernisiert und die Arbeitsweise wird professionalisiert. Hierzu werden hauptamtliche Strukturen gebildet und kleinere Kassenärztliche Vereinigungen zu größeren Einheiten zusammengelegt. Die Hausärzte werden in ihrer Repräsentanz gestärkt.
- Die Reform des Organisationsrechtes der Krankenkassen wird fortgesetzt. Zu diesem Zweck werden organisationsrechtliche Privilegien einzelner Kassenarten abgeschafft oder – wie die Möglichkeit zur Errichtung neuer bzw. zur Öffnung bestehender Krankenkassen – bis zum Inkrafttreten der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich ausgesetzt. Hierdurch werden die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen weiter angeglichen. Außerdem sollen ab 2007 auch kassenartenübergreifende Fusionen von Krankenkassen möglich werden.
- Die Konfliktlösungsmechanismen in der Selbstverwaltung werden verbessert. Zur Beschleunigung von Entscheidungen werden die Schiedslösungen verbessert. Die Möglichkeiten der staatlichen Ersatzvornahme werden ausgebaut.
- Für eine effektive, effiziente Steuerung von Mitteln und Leistungen werden Datengrundlagen und Datentransparenz verbessert.

5. Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte

Patientenrechte und Patientensouveränität werden deutlich vergrößert.

- Beteiligungs- und Anhörungsrechte von Patientenorganisationen werden weiter ausgebaut. Patientenorganisationen erhalten insbesondere Beteiligungsrechte bei der

Erstellung der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin und in den Bundesausschüssen.

- Die Beteiligungsrechte der/des Patientenbeauftragten werden konkret geregelt.

6. Bonus für Versicherte

Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten werden durch gezielte Anreize gefördert:

- Für Versicherte, die durch freiwillige Einschreibung in ein Hausarztssystem oder die Teilnahme an zugelassenen Disease-Management-Programmen oder der integrierten Versorgung zu einer abgestimmten und koordinierten Behandlung ihren Beitrag leisten, wird es künftig einen Bonus geben: Für sie ist eine Reduzierung bei der Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln vorgesehen.
- Den Krankenkassen wird die Möglichkeit gegeben, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren. Dabei können die Kassen auch vorsehen, dass Versicherte über die gesetzlich geregelten Befreiungen hinaus von Zuzahlungen befreit werden.
- Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eines Arbeitgebers kann die Kasse sowohl dem Arbeitgeber als auch teilnehmenden Versicherten Boni gewähren.

7. Verbesserung der Transparenz

Auf allen Ebenen der gesetzlichen Krankenversicherung wird es mehr Transparenz und Information geben.

- Bei der Erarbeitung der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin wird auf jeder Stufe der Arbeiten Transparenz sichergestellt.
- Für ärztliche Behandlungen gibt es künftig auf Verlangen eine Patientenquittung, aus der Leistungen und Kosten für Patienten ersichtlich sind.
- Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte erfolgt flächendeckend bis zum 1. Januar 2006.
- Die Leistungs- und Abrechnungsdaten werden zur Systemsteuerung durch Selbstverwaltung, Politik auf Bundes- und Landesebene, Gesundheitsberichterstattung und Forschung kassenarten- und sektorübergreifend pseudonymisiert zur Verfügung stehen.
- Es wird Transparenz über die Vergütung der Vorstände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie deren Verbände sichergestellt.

8. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird modernisiert und geänderten Rahmenbedingungen angepasst.

- Die Arzneimittelpreisverordnung wird liberalisiert. Die Möglichkeiten für vertragliche Vereinbarungen über Handelsspannen werden ausgeweitet. Die Handelszuschläge für Apotheker werden auf einen preisunabhängi-

gen Festzuschlag von 7,30 Euro je Packung in Verbindung mit einem preisbezogenen Zuschlag von 3 % umgestellt.

- Der gesetzliche Rahmen für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln wird ausgeweitet.
- Mehrbesitz für Apotheken wird zugelassen.
- Unter Wahrung der Arzneimittelsicherheit wird der Versandhandel (e-commerce) für apothekenpflichtige Arzneimittel zugelassen.
- Patentgeschützte Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Wirkstoffen (Festbetragsgruppe 2) werden künftig in die Festbetragsregelung einbezogen.

9. Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Aufgrund von in den letzten Jahren immer häufiger zu zeichnenden Fällen von Korruption im Gesundheitswesen werden gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung ergriffen:

- Es wird die neue Funktion eines Beauftragten/einer Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption als Ansprechpartner für Bürgerinnen und Bürger sowie für Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens eingerichtet, ausgestattet mit Prüfrechten zum Einsatz der Finanzmittel in der GKV. Er/sie arbeitet mit allen Akteuren eng zusammen und erhält möglichst weitgehende Informationsrechte. Bei möglichem Verdacht auf strafbare Handlungen leitet die/der Beauftragte die jeweiligen Fälle an die Staatsanwaltschaft weiter.
- Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen werden verpflichtet, Prüf- und Ermittlungseinheiten zur Korruptionsbekämpfung einzurichten und bei möglichem Verdacht auf strafbare Handlungen bei der zuständigen Staatsanwaltschaft Strafanzeige zu erstatten.
- Insbesondere im Heilmittelwerbegesetz werden die Sanktionen verschärft.

10. Neuordnung der Finanzierung

Zur Neuordnung der Finanzierung im Hinblick auf eine größere Belastungsgerechtigkeit und Entlastung der Lohnzusatzkosten sind im Einzelnen folgende Schwerpunkte vorgesehen:

- Zu versicherungsfremden Leistungen, die keinen Bezug zu Krankheit haben und gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, wird künftig ein Bundeszuschuss gewährt. Hierzu zählen das Mutterschaftsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes sowie die Beitragsfreiheit beim Bezug von Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld oder Inanspruchnahme von Elternzeit.
- Künstliche Befruchtung und Sterilisation, die in erster Linie zur eigenen Lebensplanung der Versicherten gehören, sind künftig eigenverantwortlich zu finanzieren.
- Das Sterbegeld und das Entbindungsgeld werden aus der Leistungspflicht der Krankenkassen herausgenommen.

- Das Krankengeld wird künftig allein durch die Versicherten finanziert. Es bleibt bei einer solidarischen Absicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, an deren Finanzierung die Versicherten gemäß ihrer Leistungsfähigkeit beteiligt sind.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden künftig aus der Leistungspflicht der Krankenkassen herausgenommen. Dies gilt nicht für Arzneimittel zur Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, die behindert sind und Entwicklungsstörungen haben sowie für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet. Im Einzelfall können Vertragsärzte ausnahmsweise nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen, soweit dies der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien vorgesehen hat.
- Künftig werden alle Versorgungsbezüge und Alterseinkommen aus selbständiger Tätigkeit von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern mit dem vollen Beitragssatz belegt. Für Bezieher von Renten und Landabgaberechten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bleibt es bei der Anwendung des halben allgemeinen Beitragssatzes.
- Die schrittweise Erstattung auch der Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner führt zur Reduzierung des Bundeszuschusses in der knappschaftlichen Rentenversicherung. Aufgrund dieser Änderung beim Bundeszuschuss wird eine Sonderregelung für die Knappschaftsärzte notwendig, um den bisherigen Rechtszustand fortzuschreiben.

11. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten werden neu gestaltet. Eigenbeteiligungen werden am Verhalten der Versicherten ausgerichtet.

- Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel wird modifiziert. Künftig beträgt sie je nach Packungsgröße 4, 6 oder 8 Euro. Eine Reduzierung der Zuzahlung auf die Hälfte dieser Beträge ist vorgesehen für Teilnehmer am Hausarztssystem, an zugelassenen Disease-Management-Programmen oder an integrierten Versorgungsformen. Chronisch Kranke und Behinderte in Dauerbehandlung, für deren Krankheit oder Behinderung Behandlungsprogramme oder integrierte Versorgungsformen nicht zur Verfügung stehen, zahlen ebenfalls die reduzierten Beträge. Spezielle Zuzahlungsbeträge gelten für Härtefälle: Sie zahlen künftig – unabhängig von der Packungsgröße – je 1 Euro.
- Künftig haben Versicherte, die ohne Überweisung ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen, für jede erste Inanspruchnahme eine Praxisgebühr in Höhe von 15 Euro zu entrichten. Ausgenommen sind Besuche bei Kinderärzten, Frauenärzten und Augenärzten, Psychotherapeuten sowie Notfälle. Ausgenommen sind ferner Konsultationen im Rahmen von zugelassenen Disease-Management-Programmen oder integrierter Versorgung. Eine Befreiung gibt es für chronisch Kranke und Behinderte in Dauerbehandlung, für deren Krankheit oder Behinderung kein strukturiertes Behandlungsprogramm oder keine integrierte Versorgung zur Verfügung steht. Versicherte, die einen Facharzt auf Überweisung in Anspruch nehmen, müssen in den Folgequartalen keine Praxisgebühr bezahlen, wenn es sich um eine unmittelbare Weiterbehandlung derselben Krankheit handelt.
- Für chronisch Kranke gilt künftig dauerhaft bei Fahrkosten und bei Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel eine Belastungsgrenze in Höhe 1 % des Bruttoeinkommens. Eine Befreiung von diesen Zuzahlungen ist nicht mehr vorgesehen. Für alle übrigen Versicherten bleibt es bei Fahrkosten und Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel bei der Belastungsgrenze in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens.
- Die Zuzahlung im Krankenhaus wird auf 12 Euro je Krankenhaustag angehoben. Es bleibt bei der zeitlichen Begrenzung auf höchstens 14 Tage im Jahr.
- Bei Zahnersatz wird auf der Grundlage von Leistungskomplexen ein therapiebezogenes Festzuschussmodell als Sachleistung eingeführt. Die Vertragsbeziehungen zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen werden hiervon nicht berührt. Härtefälle werden besonders berücksichtigt.
- Sehhilfen werden zukünftig nur für Kinder und Jugendliche sowie bei schweren Sehstörungen von den Kassen übernommen.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Maßnahmen stützt sich auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11, 12, 19a Grundgesetz.

Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, vor allem aber der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich. Dies gilt sowohl für die strukturell wirkenden Regelungen wie aber auch für die Regelungen, die das Leistungsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Finanzlast der Versicherten wie auch das Mitgliedschaftsverhältnis der Versicherten zu ihrer Krankenkasse betreffen.

Die Novellierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die entsprechenden Annexregelungen in den Folgeartikeln sind nicht auf einen erstmals neu in Angriff genommenen Gesetzgebungsgegenstand und auch nicht auf einen in sich abgeschlossenen, abgrenzbaren und „für sich“ stehenden Gesetzgebungsgegenstand gemünzt. Vielmehr ist Regelungsmaterie das System der gesetzlichen Krankenversicherung, das sich historisch entwickelt hat, den Versicherten mit seinen tradierten Grundprinzipien bewusst ist, seit nunmehr nahezu über ein Jahrhundert überregional verfasst und zudem mit anderen sozialen Sicherungssystemen verknüpft ist.

1. Eine solche historisch gewachsene, mit anderen bundesrechtlich geregelten Gesetzgebungsgegenständen in Zusammenhang stehende, überdies sowohl landesunmittelbare wie auch bundesunmittelbare Krankenkassen betreffende Teil-Rechtsordnung kann nicht ohne erhebli-

che substanzielle Einbußen für die bundesstaatliche Rechtseinheit und die ihr immanente Sachgerechtigkeit ganz oder teilweise in die unterschiedlich gehandhabte Gesetzgebungskompetenz der Länder gegeben werden. Die „Wahrung der Rechtseinheit“ macht eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich.

Dabei geht es nicht um die Bewahrung der formalen Rechtseinheit als solche. Vielmehr verlangt das besondere bundesstaatliche Integrationsinteresse eine einheitliche bundesrechtliche Regelung. Eine Gesetzesvielfalt oder eine sogar lückenhafte Regelung landesspezifischer Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung hätte eine Rechtszersplitterung vor allem zum Nachteil der in die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommenen Versicherten zur Folge. Eine funktionsfähige Rechtsgemeinschaft auf dem Gebiet der sozialen Sicherung insgesamt würde aufs Spiel gesetzt, wenn man das in sich geschlossene bundesrechtlich geregelte System der gesetzlichen Krankenversicherung regionalisieren und den Versicherungsstatus der Regelung durch den jeweiligen Landesgesetzgeber überantworten würde. Die Versicherten würden sich von Land zu Land mit unterschiedlichen Versicherungsbedingungen konfrontiert sehen. Sie müssten sich für eine aus beruflichen oder sonstigen Gründen veranlasste Entscheidung über einen Wohnsitzwechsel über die Landesgrenzen hinaus mit Rücksicht darauf orientieren wie sich für sie die nicht zwangsläufig aufeinander abgestimmten landesrechtlichen Regelungen über die Aufnahme in das jeweilige Sicherungssystem, den Zugang zur hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Qualität der jeweils vorgehaltenen Gesundheitsleistungen sowie die jeweiligen Finanzierungsregelungen auswirken würden. Wie sehr den Bürger das jeweilige System der gesetzlichen Krankenversicherung im Land be-„treffen“ kann, zeigt sich immer wieder an den Klagen solcher Versicherten, die innerhalb des Rechtsgebiets der Europäischen Union ihren Wohnort wechseln und dabei in das Leistungssystem eines anderen europäischen Landes aufgenommen werden. In Berücksichtigung des Sozialstaatsgebots ist es unabweisbar, den Versicherten einen Versicherungsschutz zu annähernd gleichen Bedingungen mit einem einheitlichen Leistungskatalog zur Verfügung zu stellen. Eine einheitliche Gesundheitsversorgung der Versicherten wie auch eine einheitliche Verwaltungspraxis zur Durchführung dieser Versorgung ist ein Wert an sich; ein Versicherungssystem sollte für die Versicherten im Wesentlichen Gleichbehandlung garantieren (vgl. BVerfG – 1 BvL 2895, 2995, 3095 – vom 17. Dezember 2002, Umdruck Seite 52, 56).

Rechtspolitischer Anlass, Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs demonstrieren, wie sehr es dem Gesetzgeber bisher auf einen bundeseinheitlichen Rahmen für den Wettbewerb der Krankenkassen wie aber auch für eine Annäherung in der finanziellen Belastung der Versicherten ankam. All dies wäre bei unterschiedlich landesspezifischen Regelungen in Frage gestellt. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich nämlich mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung einrichten. Je nach der Entscheidung der einzelnen Landesgesetzgeber können Versicherte, Leistungserbringer und Arbeitgeber in unterschiedlichem

Ausmaß zur Tragung der durch die Versorgung der Versicherten bedingten Kosten herangezogen werden.

Wird die Notwendigkeit des Fortbestandes des gegenwärtig bundeseinheitlich geregelten GKV-Systems bejaht, ergibt sich daraus zwangsläufig, dass dieses System unter einheitlichen Vorgaben fortzuentwickeln ist, auf neue Herausforderungen einheitlich eingestellt und der Änderung in den sozio-ökonomischen Verhältnissen einheitlich angepasst werden muss.

Die Strukturmaßnahmen tragen dem Rechnung. Mit ihnen soll sichergestellt werden, dass das medizinisch Notwendige in guter Qualität bei zumutbaren Beiträgen in Anspruch genommen werden kann. Der anzustrebende Qualitätswettbewerb dient der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der Beschleunigung von Innovationen und damit ebenfalls zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten. Die Stärkung der Patientensouveränität und der Ausbau der Patientenrechte wird die Patienten zu Beteiligten und mitverantwortlichen Partnern bei der Gesundheitsversorgung machen. Die Verbesserung der Patientenversorgung durch ein Qualitätsmanagement in Arztpraxen und die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung, die Gründung eines staatsfernen, unabhängigen „deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“, die damit einhergehende Verbesserung der Patienteninformation, die Entwicklung von Behandlungsleitlinien und die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung tragen ebenfalls zur Wahrung einheitlichen Versorgungsrechts bei. Transparenz und Informationsmanagement werden die Grundlagen sowohl für ein einheitliches Abrechnungswesen wie aber auch für die Möglichkeit bewirken, das Leistungsgeschehen medizinisch indiziert abzuwickeln. Die Belohnung der Versicherten für rationales Verhalten in der vorgesehenen Art und Weise lässt Gesunde und Kranke gleichermaßen von neu eingeführten Entscheidungsmöglichkeiten profitieren. Des Weiteren wird die Modernisierung der Versorgung, die Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungssystems, die Verbesserung der Arzneimittelversorgung sowie die Modernisierung der Steuerungsinstrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer bundeseinheitlichen Steigerung der Qualität der Versorgung der Patienten sowie der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Stabilisierung der Beiträge beitragen. Das Gesamtpaket der Reformmaßnahmen dient dem Zweck, das System der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen und es mit den allseits anerkannten bewährten Grundprinzipien als leistungsfähiges Gesundheitswesen einheitlich zu bewahren.

Auch die bundeseinheitlich normierten Änderungen des materiell-rechtlichen Inhalts des Versicherungsstatus und des Versicherungsverhältnisses gründen sich darauf, zur Wahrung der Rechtseinheit die Freizügigkeit im Bundesstaat ungeschmälert aufrecht zu erhalten und den Versicherten ungeachtet ihres Wohnortes gleiche Leistungen zu annähernd gleichen Beiträgen zur Verfügung zu stellen. Die Bürger haben sich hierauf in der Vergangenheit verlassen; sie sollen in ihrem Vertrauen auf den Fortbestand des einheitlichen bundesweiten Versorgungssystems nicht enttäuscht werden.

2. Die „Wahrung der Wirtschaftseinheit“ macht es ebenfalls im gesamtstaatlichen Interesse wie auch zur Aufrechterhaltung einer bundesweiten Solidargemeinschaft erforderlich, die Strukturmaßnahmen des Gesetzentwurfs wie aber auch die materiell-rechtlichen Änderungen bundesrechtlich einheitlich zu regeln.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung betragen rd. 140 Mrd. Euro. Dieser Markt lässt sich, da er Teil der Gesamtwirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland ist, nicht länderspezifisch von der übrigen Wirtschaftseinheit abkoppeln. Er muss insbesondere wegen seiner Interdependenzen zwischen Lohnnebenkosten und Produktpreisen wie aber auch zwischen finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen und den Interessen der Anbieter von Medizinprodukten, Arzneimitteln und Gesundheitsleistungen in dem allgemeinen, durch bundesrechtliche Rahmenbedingungen abgesicherten Wirtschaftsmarkt eingegliedert bleiben.

Die Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraumes Bundesrepublik zwingt zu einer bundeseinheitlichen Rechtsetzung auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung. Die wirtschaftlichen Bezüge der Krankenversicherung zu anderen Sozialversicherungszweigen wie aber auch in ihren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Wirtschaftskraft der Bundesrepublik Deutschland sind evident. Die Bedeutung für die Wirtschaftseinheit belegt nachdrücklich die Diskussion um die „richtige“ Höhe der Lohnnebenkosten. Das Gleiche gilt für die Anstrengungen, ein leistungs- und finanzkräftiges Gesundheitswesen als Wachstumsmarkt unter der Voraussetzung einzurichten, dass die Finanzmittel effizient und zu einer optimierten, qualitätsgesicherten Versorgung der Patienten verwandt werden. Ferner belegen rechtspolitischer Anlass, Zweck, Ausmaß und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, dass das Gesundheitssystem bundeseinheitlich einzurichten und fortzuentwickeln ist. Das bundesweite Finanzverbundsystem zwischen den gesetzlichen Krankenkassen hat für die Wirtschaftseinheit eine überragende Bedeutung. Entfiele die bundesweite Wirkung des Risikostrukturausgleichs und ließe man länderüberschreitende Wettbewerbsverzerrungen zwischen den einzelnen landesrechtlich geregelten Krankenversicherungssystemen zu, wäre die gesamtstaatliche Wirtschaftseinheit erheblich gefährdet. Die denkbaren positiven wie aber auch negativen Effekte eines jeweilig landesspezifisch geregelten Krankenversicherungssystems würden ihre Spuren auch in die gesamtwirtschaftliche Entwicklung eingraben. Schließlich legen die finanziellen Bezüge zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, anderen Sozialversicherungszweigen wie aber auch zum Bundeshaushalt offen, in welchem Ausmaß die Gesamtwirtschaft in Abhängigkeit von der Ausgestaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung steht. Insbesondere würden landesrechtliche Systeme mit aus möglicherweise vielfältigen Gründen auseinander driftenden Beitragssätzen eine unterschiedliche wirtschaftliche Entwicklung in den Ländern verfestigen oder gar forcieren. Die wirtschaftliche Entwicklung in den einzelnen Ländern würde in erheblichem Maße dadurch bedingt, ob die Entscheidungen des jeweiligen Landesgesetzgebers mehr auf das Gesundheitswesen als Wachstumsmarkt oder mehr auf finanzielle Konsolidie-

rung setzen, ob verfestigten marktfernen Strukturen der Vorzug gegenüber einer wettbewerblichen Orientierung gegeben wird oder ob der finanziellen Eigenverantwortung der Versicherten der Vorzug gegenüber einer gleichmäßigen Einbeziehung aller Beteiligten in die Lastentragung gegeben wird.

Schließlich ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit auch eine bundeseinheitliche Organisation der Versorgungsleistungen erforderlich. Es wäre für die Wirtschaftseinheit in höchstem Maße abträglich, wenn die Absatz- und Lieferbedingungen für Gesundheitsversorgungsleistungen von Land zu Land unterschiedlich geregelt wären. Insbesondere preisbezogene, qualitätssichernde und abrechnungstechnische Regulierungen müssen bundeseinheitlich sein.

Sämtliche Regelungen zu den Strukturmaßnahmen wie auch zum materiell-rechtlichen Mitgliedschaftsverhältnis der Versicherten zu ihrer Krankenkasse haben das Ziel, das bundesgesetzlich einheitlich geregelte System der gesetzlichen Krankenversicherung bundeseinheitlich fortzuentwickeln. Die Gründe, die zur Wahrung der Wirtschaftseinheit für eine bundeseinheitliche Regelung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, gelten gleichermaßen für systembezogene Novellierungen und Änderungen des systembezogenen materiellen Rechts. Es ist deshalb unerlässlich, die vorgesehenen systembezogenen Strukturmaßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Patienten und der Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Stabilisierung der Beiträge wie insbesondere

- Stärkung von Patientensouveränität und Patientenrechten,
- Verbesserung der Patientenversorgung durch optimierte Qualität für alle,
- Verbesserung der Transparenz und der Schaffung von Grundlagen für ein modernes Informationsmanagement,
- Erweiterung der Entscheidungsfreiheit der Versicherten und Belohnung für rationales Verhalten,
- Modernisierung der Versorgung durch Neuorganisation der Leistungserbringung,
- Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungssystems mit Anreizen für eine bessere und wirtschaftlichere Behandlung,
- Verbesserung der Arzneimittelversorgung mit einer Stärkung der Qualität und des Preisbewusstseins,
- Modernisierung des Steuerungsinstrumentariums für ein leistungsfähigeres Management

wie aber auch die materiell-rechtlichen Reformen insbesondere zur Stabilisierung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung und zur deutlichen Senkung der Lohnnebenkosten wie zum Beispiel

- Gewährung eines Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen,
- Finanzierung des Krankengeldes allein durch die Versichertengemeinschaft,
- Neuordnung der Zuzahlungsregelungen

mit der bundeseinheitlichen Perspektive für Versicherte, Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen zu schaffen, dass mit der Modernisierung des Gesundheitswesens das leistungsfähige und anerkannte System der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten wird.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 13)

Zu Absatz 4

Der neue Absatz 4 vollzieht die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in den Rechtssachen „Kohll“ (C-158/96) und „Decker“ (C-120/95) vom 28. April 1998, das Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache „Smits & Peerbooms“ (C-157/99) vom 12. Juli 2001 und das Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache „Müller-Fauré/van Riet“ (C-385/99) vom 13. Mai 2003 nach. Nach diesen Urteilen gelten die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Artikel 28 EG-Vertrag und der Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49 EG-Vertrag auch im Bereich der sozialen Sicherheit mit der Konsequenz, dass sich Versicherte Versicherungsleistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können. Ein nationales Sachleistungssystem hindert den Kostenerstattungsanspruch nicht.

Die Regelung sieht dementsprechend vor, dass Versicherte künftig mit ihrer Nachfrage nach Versicherungsleistungen nicht mehr territorial auf das Inland beschränkt sind, sondern auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch nehmen können.

Aus Gründen des Gesundheitsschutzes bestimmt Satz 2 für diesen Fall, dass nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen, bei denen entweder die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind oder es sich um Leistungserbringer handelt, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Die 1. Alternative entspricht damit den Ausführungen des EuGH in den genannten Urteilen. So hat der EuGH im Urteil „Decker“ darauf hingewiesen, dass die Bedingungen des Zugangs zu geregelten Berufen und ihre Ausübung Gegenstand der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 über eine zweite allgemeine Regelung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG sind. Aus diesem Grund bietet der Kauf einer Brille bei einem Optiker in einem anderen Mitgliedstaat Garantien, die gleichwertig sind mit denen beim Kauf einer Brille bei einem Optiker im Inland. Im Urteil „Kohll“ hat der EuGH ausgeführt, dass die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung der Tätigkeiten von Ärzten und Zahnärzten Gegenstand mehrerer Koordinierungs- und Harmonisierungsrichtlinien sind, mit der Folge, dass in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Ärzte und Zahnärzte für die Zwecke des freien Dienstleistungsverkehrs als ebenso qualifiziert anerkannt werden müssen wie im Inland niedergelassene.

Alternativ kann bei der Frage, ob ein Leistungserbringer in Anspruch genommen werden kann, auch darauf abgestellt werden, ob dieser die betreffende Leistung vor Ort zur Versorgung der Versicherten abgeben darf. Ist dies der Fall, kann der Leistungserbringer auch von in Deutschland gesetzlich Krankenversicherten in Anspruch genommen werden.

Unabhängig von der Frage, ob ein Leistungserbringer zulässiger Weise in Anspruch genommen werden kann, gilt auch bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages, dass den Versicherten nur die Leistungen gewährt werden dürfen, auf die sie im Inland Anspruch haben. Wie der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 2 Satz 1 ist der Kostenerstattungsanspruch für im europäischen Ausland in Anspruch genommene Leistungen abhängig von dem Sachleistungsanspruch als Primäranspruch.

Die Sätze 3 bis 5 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen in den Sätzen 4, 5 und dem ersten Halbsatz von Satz 6 des § 13 Abs. 2. So besteht auch hier ein Kostenerstattungsanspruch höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung im Inland zu tragen hätte, jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Versicherte sollte sich daher ggf. vorher bei seiner Krankenkasse informieren, bis zu welcher Höhe eine Erstattung in Betracht kommt. Die Krankenkassen haben zudem in ihrer Satzung das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln und dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat die Angemessenheit der Abschläge im Rahmen der Satzungs genehmigung zu prüfen.

Da in § 13 für den Geltungsbereich des EG-Vertrages auch die bisherige Regelung über die Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland nach § 18 eingestellt werden soll, wird im letzten Satz des Absatzes 4 klargestellt, dass die Krankenkasse die Kosten für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen in voller Höhe in den Fällen erstatten kann, in denen eine entsprechende Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nur im Ausland möglich ist.

Es wird im Übrigen Aufgabe der Krankenkassen sein, ihre Versicherten über die Voraussetzungen einer Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages zu informieren. Dabei wird es insbesondere um die Fragen gehen, welche Leistungserbringer zu welchen Bedingungen in Anspruch genommen werden können.

Zu Absatz 5

Absatz 5 vollzieht die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in der Rechtssache „Smits und Peerbooms“ (C-157/99) vom 12. Juli 2001 sowie in der Rechtssache „Müller-Fauré/van Riet“ (C-385/99) vom 13. Mai 2003 nach. In diesen Urteilen hat der Gerichtshof entschieden, dass zwar auch Dienstleistungen und Warentransfers, die in einem Sachleistungssystem der Krankenversicherung von der jeweiligen Krankenkasse vorgehalten werden, dem Binnenmarktrecht unterliegen. Zugleich hat der EuGH jedoch unter bestimmten Voraussetzungen angenommen,

dass eine Beeinträchtigung der Binnenmarktfreiheiten aufgrund der Schutzklausel nach Artikel 46 EG-Vertrag gerechtfertigt sein kann, wenn anderenfalls die finanzielle Stabilität der Krankenversicherungssysteme der Mitgliedstaaten gefährdet sei. Diese Gefährdung wurde in den unterschiedenen Fällen, die eine Krankenhausleistung betrafen, angenommen. Der EuGH hat schließlich entschieden, dass eine Regelung, die die Übernahme der Kosten für die Versorgung in einem Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat davon abhängig macht, dass die Krankenkasse eine vorherigen Zustimmung erteilt, unter bestimmten Voraussetzungen den Artikeln 49 und 50 EG-Vertrag nicht entgegensteht. Aus diesem Grund sieht der Entwurf vor, dass Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Die erforderliche Zustimmung durch die Krankenkasse darf von dieser nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann. Es besteht somit ein Vorrang zu Gunsten vertraglich an die Krankenkasse gebundener inländischer Leistungserbringer, es sei denn, der Versicherte kann eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten, oder er ist während eines Auslandsaufenthaltes auf eine unverzügliche entsprechende Behandlung angewiesen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 sieht in den in den Absätzen 4 und 5 geregelten Fällen einer Inanspruchnahme eines Leistungserbringers in einem anderen Staat im Geltungsbereich des EG-Vertrages eine entsprechende Geltung der Regelungen des § 18 Abs. 1 Satz 2 und Absatz 2 vor. Ein gegebenenfalls bestehender Anspruch auf Krankengeld ruht damit entgegen der Vorschrift des § 16 Abs. 1 Nr. 1 in diesen Fällen nicht. Es steht zudem im Ermessen der Krankenkasse, weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise zu übernehmen.

Zu Nummer 2 (§ 15)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aufgrund der Weiterentwicklung der Krankenversichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte. Es soll sichergestellt werden, dass zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen nur die administrativen Daten der Krankenversichertenkarte (§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10) genutzt werden dürfen. Die Nutzung und der Zugriff auf weitere Daten nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte unterliegen den Regelungen des § 291a.

Zu Buchstabe b

Diese Änderung stellt sicher, dass nur die Daten des administrativen Teils der Krankenversichertenkarte, bzw. nach deren Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, auf von den Krankenkassen ausgestellte Berechtigungsscheine übertragen werden dürfen. Der Umfang und Inhalt der administrativen Daten der Krankenversichertenkarte ist in § 291 Abs. 2 Satz 1 abschließend geregelt.

Zu Nummer 3 (§ 18)

Die Änderung beschränkt als Folgeregelung zur Änderung des § 13 den bisherigen Regelungsinhalt des § 18 künftig auf Behandlungen in Staaten außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages. Für die Behandlung im EU-Ausland gilt ausschließlich § 13. Auch soweit die Übernahme der Kosten bei Behandlungen in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf, enthält § 13 Abs. 5 eine abschließende Regelung.

Zu Nummer 4 (§ 19 Abs. 2)

Die Regelung klärt Zweifelsfragen, die nach Urteilen des Bundessozialgerichts vom 7. Mai 2002 (z. B. B 1 KR 24/01 R) entstanden sind, und ermöglicht die Fortführung der bisherigen Praxis der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Abgrenzung der §§ 10 und 19 Abs. 2 im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. Die Urteile des BSG sind nach übereinstimmender Auffassung der Spitzenverbände meldetechnisch kaum umsetzbar.

Leistungsrechtliche Auswirkungen treten nur in Bezug auf solche Krankengeldansprüche ein, die in dem Monat nach Beendigung der Mitgliedschaft entstehen. Krankengeldansprüche, die vor der Beendigung der Mitgliedschaft entstanden sind, bleiben unberührt.

Zu Nummer 5 (§ 20)

Zu den Buchstaben a und b

Die Umsetzung der Aufgabe nach Absatz 1 durch die Kassen ist bislang nur sehr unzureichend gelungen. Auch nach Schaffung des Leitfadens für gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 im Juni 2001 wurde nur ansatzweise der gesetzlich vorgegebene finanzielle Rahmen ausgeschöpft. Die Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung im Jahr 2001 lagen zwischen 0,11 und 1,44 Euro.

Nach wie vor sind große Bevölkerungsgruppen und ganze Regionen von Primärpräventionsmaßnahmen ausgeschlossen. Insbesondere das Ziel, Versicherte mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und Versicherte mit sozialbedingten und geschlechtsspezifisch ungleichen Gesundheitschancen gezielt und möglichst flächendeckend zu erreichen, ist nur durch Maßnahmen im jeweiligen „Setting“ unter Beteiligung weiterer Träger möglich. Eine gemeinsame Bündelung der Aktivitäten, z. B. mit Hilfe von Kooperationsvereinbarungen, kann mittelfristig nachhaltige Strukturen im Feld der Primärprävention und Gesundheitsförderung schaffen. Daher sollten die Krankenkassen über die gemeinsame Leitfadentwicklung hinaus stärker zur Kooperation verpflichtet werden.

Durch die Verwendung eines Teils der für Prävention zu verwendenden Mittel für Gemeinschaftsprojekte soll dies erreicht werden. Dabei haben die Kassen die Möglichkeit, entweder mindestens 25 % der gesetzlich festgelegten Beiträge für die Aufgabenerfüllung in Gemeinschaftsprojekte zu investieren oder als Einlage in einen Gemeinschaftsfonds für „Prävention und Gesundheitsförderung“ einzubringen.

Der Gemeinschaftsfonds steht nicht nur den Krankenkassen sondern auch anderen Geldgebern offen. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die Gelder und prüft die ordnungsgemäße Verwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung regelt in einer Verordnung die Vergaberichtlinien und das Vergabeverfahren. Insbesondere wird auch die Mitwirkung des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ im Bewilligungsverfahren festgelegt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die ausdrückliche Nennung der Verbände der Krankenkassen in Satz 1 des Absatzes 4 wird klargestellt, dass die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe auch auf Landes- und Bundesebene zur Unterstützung der dort tätigen Organisationen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen gilt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die in Satz 6 geregelte Verpflichtung zur Einrichtung von kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds für die Förderung der Selbsthilfe auf allen Förderebenen gewährleistet die zuverlässige Bereitstellung der jährlichen Fördermittel und stellt eine effiziente, zielgerichtete Förderung der Selbsthilfe sicher. Die Fördermittel werden auf den einzelnen Ebenen der Förderung, die sich auf die jeweilige Unterstützung von Bundes- oder Landesorganisationen der Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen oder örtlicher Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen beziehen, in gemeinsame Förderfonds aller Kassenarten gegeben. Durch die jeweils gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände über die Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 wird die Transparenz der Förderung erhöht und eine abgestimmte Verteilung der Fördermittel erreicht, sodass Doppel- oder Fehlförderungen vermieden werden. Das Antragsverfahren wird durch die Bündelung der Förderanträge bei den Gemeinschaftsfonds für die Antragsteller zudem erheblich erleichtert. Bei der Vergabe der Fördermittel sind die nach Satz 3 beschlossenen gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beachten. Die Verpflichtung zur Beratung der Förderentscheidungen mit den jeweils maßgeblichen Vertretern der Selbsthilfe dient zusätzlich der sachverständigen Vergabe der Fördermittel.

Zu Nummer 6 (§ 24b)

Die Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen. Diese Leistungen gehören in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung der Versicherten. Sie sollten ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen. Anders ist der Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation zu bewerten, der deshalb erhalten bleibt. Vergleiche auch § 27 Abs. 1 Satz 4 der den Anspruch auf Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit regelt, die durch eine wegen Krankheit erforderliche Sterilisation verloren gegangen war.

Zu Nummer 7 (§ 27a)

Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen. Diese Leistungen gehören in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung der Versicherten. Sie sollten ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen.

Zu Nummer 8 (§ 28 Abs. 4)

Zu Buchstabe a

Die somatische Abklärung ist künftig von einem Hausarzt durchzuführen. Diese Änderung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verzicht auf die Praxisgebühr bei Direktanspruchnahme von Psychotherapeuten (§ 28 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V-E) und ist wie folgt begründet: Eine somatische Abklärung ist weiterhin erforderlich, da ein Psychotherapeut (nach der Legaldefinition des § 28 Abs. 3 SGB V handelt es sich dabei um Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) nicht die erforderliche Ausbildung hat, somatische Ursachen auszuschließen. Würde man über die Verpflichtung zur somatischen Abklärung hinaus den Versicherten bei der Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten durch Erhebung einer Zuzahlung im Rahmen des § 28 Abs. 4 SGB V-E dazu anhalten, zunächst einen Hausarzt in Anspruch zu nehmen, hätte dies folgende Konsequenz: Der Versicherte müsste zunächst einen Hausarzt aufsuchen, dann einen Psychotherapeuten und dann erneut einen Vertragsarzt zur somatischen Abklärung. Erst dann könnte die Psychotherapie beginnen. Dieses Verfahren ist für die Versicherten nicht zumutbar und wird dahingehend abgekürzt, dass im Rahmen der somatischen Abklärung auch die hausärztliche Koordinierung erfolgt. Die somatische Abklärung erhält damit eine Doppelfunktion. Es ist daher folgerichtig, dass künftig der Hausarzt die somatische Abklärung durchführt (zu der er gegebenenfalls einen anderen Vertragsarzt hinzuziehen kann), da nur er dieser Doppelfunktion gerecht werden kann.

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung wird eine Rechtsgrundlage für die Erhebung einer sog. Praxisgebühr geschaffen. Ziel der Regelung ist es, den Versicherten zu rationalem, systemgerechtem Verhalten anzuhalten. Der Versicherte soll den Facharzt nicht direkt in Anspruch nehmen, sondern zunächst den Hausarzt aufsuchen, der zu entscheiden hat, ob und ggf. welche fachärztliche Weiterbehandlung medizinisch geboten ist. Es ist sachgerecht, eine Praxisgebühr nur dann zu erheben, wenn eine Fachärztinanspruchnahme ohne fachärztliche oder hausärztliche Überweisung erfolgt. Wenn der Versicherte ohne hausärztliche Überweisung einen Facharzt aufsucht, der an einen anderen Facharzt überweist, fällt nur für die erste Inanspruchnahme eines Facharztes eine Praxisgebühr an. Auch auf fachärztliche Überweisung können weitere Fachärzte aufgesucht werden.

Die Zahlungspflicht entsteht bei allen fachärztlichen Erstkontakten ohne Überweisung unabhängig davon, ob die Ärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V-E weiterhin im Kollektivvertragssystem oder nach § 106b SGB V-E über Einzelver-

träge mit den gesetzlichen Krankenkassen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Zahlungspflicht entsteht grundsätzlich in jedem Kalendervierteljahr erneut. Im Falle der Dauerbehandlung durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt ohne Überweisung ist die Praxisgebühr für jedes Kalendervierteljahr erneut zu entrichten, es sei denn es liegt einer der Ausnahmefälle des Satzes 2 Nr. 1 und 2 vor. Diese Ausnahmen sind folgende: Die Gebühr ist nicht zu zahlen bei der notfallbedingten Inanspruchnahme an der fachärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme der Frauen- und Augenärzte und für die Inanspruchnahme von Psychotherapeuten. Grund für die Befreiung der frauen- und augenärztliche Versorgung von der Praxisgebühr ist der Umstand, dass der Versicherte in der Regel selbst erkennen kann, ob eine entsprechende Betreuung nötig ist. Der Augen- und Frauenarzt hat somit jeweils für seinen Versorgungsbereich Basisfunktion und es bedarf keiner hausärztlichen Überweisung. Bei Psychotherapeuten ist die hausärztliche Erstinanspruchnahme nicht erforderlich, weil die hausärztliche Koordinierung im Rahmen der somatischen Abklärung stattfindet (Einzelheiten vgl. Begründung zu Buchstabe a). Für Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V teilnehmen, ist die unmittelbare Inanspruchnahme eines Facharztes sinnvoll, sofern diese im Rahmen der genannten Versorgungsformen erfolgt. Dasselbe gilt für chronisch Kranke, wenn für deren Krankheit oder Behinderung kein strukturiertes Behandlungsprogramm oder keine integrierte Versorgung zur Verfügung steht. Sie haben eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse vorzulegen, die auf einer ärztlichen Feststellung beruht. Die bisher in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V zweiter Halbsatz festgelegten Voraussetzungen für das Vorliegen einer chronischen Krankheit sind, soweit erforderlich, übernommen worden.

Im Falle der Weiterbehandlung derselben Krankheit über mehr als ein Quartal benötigt der Versicherte für die Folgequartale keine erneute Überweisung des Hausarztes. Hat der Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt auf Überweisung des Hausarztes in Anspruch genommen, dann soll er im Fall einer länger dauernden fachärztlichen Behandlung nicht erneut den Hausarzt aufsuchen müssen, um die Zahlungspflicht zu vermeiden. Erforderlich ist ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang der Weiterbehandlung mit der fachärztlichen Behandlung im Vorquartal. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Behandlung kurz vor Quartalsende begonnen wurde und in das nächste Quartal hineinreicht. Der unmittelbare zeitliche Zusammenhang kann auch über mehrere Quartale hinweg gegeben sein z. B. im Fall einer ununterbrochenen Langzeit-Psychotherapie. Die Dauerbehandlung chronischer Erkrankungen wird von Satz 2 erfasst. Die Befreiung von der Praxisgebühr erfasst nicht die Fälle, in denen ein Facharzt ohne Überweisung in Anspruch genommen wird und sich die Behandlung durch diesen Facharzt über mehrere Quartale hinzieht.

Zu Nummer 9 (§ 30)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ersetzt den bisherigen prozentualen Anteil der Kassenleistung zum Zahnersatz durch Festzuschüsse.

Die bisherigen Leistungsbegrenzungen werden übernommen.

Zu Absatz 2

Satz 1 regelt, dass die Festzuschüsse auf der Grundlage der Leistungskomplexe für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen zu bilden sind. Deshalb wird in § 87 Abs. 2d und § 88 Abs. 1 den entsprechenden Vertragsparteien die Festlegung von Leistungskomplexen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen als Pflichtaufgabe vorgegeben.

Nach Satz 2 betragen die Festzuschüsse 50 vom Hundert der jeweiligen Vergütungen die die Vertragsparteien für die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen vereinbart haben. Die Bonusregelungen des bisherigen Rechtes werden übernommen; es wird lediglich der Festzuschuss als Berechnungsbasis herangezogen. Dadurch verändert sich rechnerisch der in Satz 3 und 4 vorgesehene Bonus von 10 auf 20 vom Hundert bzw. von 5 auf 10 vom Hundert. Die Bonusregelung gilt nicht für Härtefälle nach § 61 Abs. 1 Nr. 2, weil die dort geregelte Doppelung der Festzuschüsse die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz in vollem Umfang abdecken.

Zu Absatz 3

In Anlehnung an das bisherige Recht regelt Absatz 3 den Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber den Versicherten. Die Festzuschüsse werden über die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet.

Zu Absatz 4

Absatz 4 ist eine Folgeregelung zur Einführung der Festzuschüsse und übernimmt im Übrigen das bisherige Recht. Leistungen nach Absatz 1 sind weiterhin auch in der Mehrkostenregelung des Absatzes 4 als vertragszahnärztliche Leistung zu erbringen und zu vergüten.

Zu Absatz 5

Die Regelungen zielen darauf ab, unter Beibehaltung der erforderlichen Qualität die Transparenz der Preisgestaltung, der Auftragsvergabe und der Herkunft abrechnungsfähiger zahntechnischer Leistungen zu verbessern sowie den Wettbewerb auf dem Markt für Zahntechnik zu stärken.

Die Vergütung abrechnungsfähiger zahntechnischer Leistungen stellt einen auf der Abrechnungsseite des Zahnarztes gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. dem Versicherten „durchlaufenden Posten“ dar. Es besteht für den Zahnarzt in der Regel kein Anreiz, einen kostengünstigeren Zahntechniker unter Beibehaltung der erforderlichen Qualitätsstandards auszuwählen. Satz 2 verpflichtet den Zahnarzt, zumindest zwei Kostangebote für den geplanten Zahnersatz einzuholen, wodurch sowohl für den Versicherten als auch die Krankenkasse mehr Transparenz bei der Kostenberechnung und Auftragsvergabe abrechnungsfähiger zahntechnischer Leistungen entsteht. Durch die zusätzlichen Informationen erhält der Versicherte mehr Möglichkeiten, bei der Preisgestaltung des Zahnersatzes mitzuwirken.

Mit dem Preisvergleich wird sichergestellt, dass die Kosten für Zahnersatz das Maß des Notwendigen nicht überschrei-

ten und dass die Versicherten an den vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven eines gestärkten Wettbewerbs bei der Versorgung mit Zahnersatz teilhaben. Unter Einhaltung der erforderlichen Qualitätsstandards werden bei einem flächendeckenden Wettbewerb darüber hinaus Anreize zu Leistungs- bzw. Qualitätssteigerungen in der Zahntechnik gesetzt. Von der Vorgabe, dass der Zahnarzt dem Heil- und Kostenplan mindestens zwei Kostangebote für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen beizufügen hat, kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden (z. B. bei Reparaturen). Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die dazu notwendigen Regelungen von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge (§ 87) zu treffen sind.

Mit Satz 3 wird gewährleistet, dass Versicherte und Krankenkassen über den Herstellungsort (bzw. das Herstellungsland) der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (auch Teilleistungen) informiert werden. Dadurch werden Abrechnungsmanipulationen mit z. B. im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten Versicherter und Krankenkassen entgegengewirkt.

Mit der ergänzenden Regelung in Satz 8 wird die Begutachtung für aufwändige Versorgung mit Zahnersatz bei Versicherten mit vollständiger Befreiung (§ 61 Abs. 1) vor der Genehmigung zwingend vorgeschrieben. Zu aufwändigen Versorgung gehören beispielsweise Leistungen, die nach Art (z. B. Kombinationsversorgung) oder Umfang (z. B. mehr als vier Kronen je Kiefer) kostenintensiv sind. Darüber hinaus können auch Versorgung aufgrund der klinischen Gegebenheiten im Einzelfall (z. B. Fehlversorgung aufgrund der Nichtberücksichtigung des Parodontalzustandes) aufwändig sein.

Die Vorschrift zielt darauf ab, dass die von den Krankenkassen zu tragenden Kosten das Maß des Notwendigen (§ 12) nicht überschreiten. Einer Über- und Fehlversorgung mit Zahnersatz wird entgegengewirkt. Hierdurch können vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven, die sowohl den Krankenkassen als auch den Versicherten zugute kommen, mobilisiert werden.

Die klarstellende Neuregelung in § 275 Abs. 3 gewährleistet, dass sämtliche Begutachtungen innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung (§§ 27 bis 30) insbesondere in Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2 auch zukünftig durch gutachterliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgen können, soweit es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist.

Im Übrigen übernimmt die Regelung das bisher geltende Recht, mit der Folgeänderung hinsichtlich der Einführung der Festzuschüsse.

Zu Nummer 10 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aus der Ergänzung des § 34 Abs. 3. Der Leistungsanspruch wird konkretisiert sowohl durch die gesetzlichen Leistungsausschlüsse in § 34 Abs. 1 sowie durch die Regelungen aufgrund der Rechtsverordnungsermächtigungen in § 34 Abs. 2 und 3 als auch durch die Arzneimittel-Richtlinien nach § 92.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung werden die Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel von bisher 4/4,50/5 Euro je nach Packungsgröße auf 4/6/8 Euro geändert. Von der Anpassung betroffen sind aber nur die Versicherten, die die Bonusregelung des § 62a nicht in Anspruch nehmen, weil sie beispielsweise am Hausarztssystem oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke nicht teilnehmen. Die Anpassung der Zuzahlungen ergänzt insoweit die übrigen Steuerungsmaßnahmen zur Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes.

Durch eine Erhöhung der Eigenbeteiligung für größere Packungen trägt die Regelung darüber hinaus zur wirtschaftlichen Inanspruchnahme von Arznei- und Verbandmitteln bei.

Härtefälle im Sinne des § 61 SGB V zahlen künftig 1 Euro, und zwar jeweils unabhängig von der Packungsgröße.

Zu Nummer 11 (§ 32 Abs. 1)

Satz 1 der Vorschrift übernimmt die Regelungen des geltenden Rechts. Satz 2 begrenzt den Sachleistungsanspruch der Versicherten bei Heilmitteln auf die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, soweit die Krankenkasse eine Vereinbarung gemäß § 125 Abs. 2 Satz 4 getroffen hat. Die Wahlfreiheit der Versicherten, auch andere Leistungserbringer in Anspruch nehmen zu können wird – soweit es sich um einen zugelassenen Leistungserbringer handelt – nicht eingeschränkt. Die Krankenkassen tragen in diesen Fällen die Kosten des niedrigsten Preises, der von ihnen mit Leistungserbringern vereinbart worden ist, soweit dieses Angebot hinsichtlich einer zeit- und wohnortnahen Inanspruchnahme für den Versicherten zumutbar ist. Dabei ist dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch Rechnung zu tragen. Der in Anspruch genommene Leistungserbringer kann mit der Krankenkasse nur den Preis des Vertragsleistungserbringers nach § 125 Abs. 2 Satz 4 abrechnen. Die Differenz bis zur Höhe des kollektiven Vertragspreises nach § 125 Abs. 2 Satz 1 zahlt der Versicherte direkt an den Leistungserbringer. Es handelt sich nicht um eine Abrechnung im Kostenerstattungsverfahren nach § 13. Der letzte Satz ist eine Folgeänderung aus der Ergänzung des § 34 Abs. 4. Der Anspruch des Versicherten auf die Verordnung von Heilmitteln wird konkretisiert sowohl durch Regelungen aufgrund der Rechtsverordnungsermächtigung nach § 34 Abs. 4 als auch durch die Heilmittel-Richtlinien nach § 92.

Zu Nummer 12 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift begrenzt den Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.

Durch den unveränderten Leistungsanspruch bei Kindern und Jugendlichen sowie bei schwer sehbeeinträchtigten Versicherten wird deren besonderen Bedürfnissen Rechnung getragen. Bei Kindern und Jugendlichen besteht der Leistungsanspruch insbesondere deswegen, weil Sehfehler, die in der frühen Kindheit nicht korrigiert werden, später auch hinsichtlich der Folgeschäden meist nur noch unvollständig

behebbar sind. Ein normales Sehen ist für die Gesamtentwicklung im Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung. Bei Erwachsenen wird der Leistungsanspruch auf zwingend medizinisch notwendige Ausnahmefälle begrenzt. Derartige Ausnahmen liegen dann vor, wenn Versicherte aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung (WHO Technical Report Series No. 518, 1973), auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Nach dem Kodierungsschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), betrifft dies Versicherte, die a) unter Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.2), b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H54.1) oder c) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.0) leiden.

Über die genannten Personenkreise hinaus besteht für Versicherte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kein Leistungsanspruch auf die Versorgung mit Sehhilfen.

Auf der Grundlage des geltenden Rechts beträgt der Sachleistungsanteil der Krankenkassen bei der Versorgung mit Sehhilfen gegenwärtig im Durchschnitt rd. 50 Euro. Obwohl dieser Betrag eine medizinisch notwendige Versorgung finanziell vollständig abdeckt, sind Versicherte im Durchschnitt bereit, darüber hinaus schätzungsweise rd. 150 Euro für medizinisch nicht notwendige Leistungen (z. B. Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben. Sie tragen damit aus nicht medizinischen Gründen schätzungsweise 70 bis 80 % der Gesamtkosten einer Sehhilfenversorgung. Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordert.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass sich der Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen durch die vorgenommene Ausgrenzung zum Vorteil der Konsumenten intensivieren wird. Das dies möglich ist, zeigen die zahlreichen Angebote preisgünstiger Sehhilfen im In- und Ausland.

Für die verbliebende Versorgung mit Sehhilfen, insbesondere von Kindern, gelten weiterhin die Regelungen des Absatzes 2, wonach für erforderliche Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt werden kann.

Darüber hinaus wird der Leistungsanspruch sowohl durch die Regelungen aufgrund der Rechtsverordnungsermächtigung in § 34 Abs. 4 als auch durch die Richtlinien nach § 92 konkretisiert.

Im Übrigen gelten die Vorschriften des Absatzes 4.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift übernimmt in ihrer Wirkung weitgehend die Regelungen des geltenden Rechts. Wie bisher auch, können die Krankenkassen Hilfsmittel bis zur Höhe des festgesetzten Festbetrages oder, falls noch kein Festbetrag festgesetzt wurde, für andere Hilfsmittel die Kosten in Höhe des vertraglich vereinbarten Preises übernehmen. Dabei ist dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch Rechnung zu tragen. Zur Verfahrensweise in diesen Fällen gelten die Ausführungen zu § 32 Abs. 1 entsprechend.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu § 33 Abs. 1.

Zu Nummer 13 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden bereits bisher in den Apotheken zum überwiegenden Anteil ohne Rezept abgegeben. Es handelt sich dabei um Arzneimittel im unteren Preisbereich von durchschnittlich weniger als 11 Euro je Packung, sodass die Herausnahme dieser Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für den einzelnen Versicherten sozial vertretbar ist.

Zur Behandlung der Erkrankungen von Kindern bis zum vollendeten Alter von 12 Jahren bleiben nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auch weiterhin zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig, soweit sie nicht durch andere Regelungen grundsätzlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen sind. Damit bleiben auch Arzneimittel zur Behandlung von geringfügigen Gesundheitsstörungen bei Kindern grundsätzlich Gegenstand der Leistungspflicht. Dies gilt auch für Jugendliche bis zum Alter von 17 Jahren, soweit sie behindert sind und Entwicklungsstörungen haben.

Die Vertragsärzte können außerdem nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ausnahmsweise im Einzelfall, insbesondere wenn diese Arzneimittel zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung medizinisch notwendig sind, unter Angabe der Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies in den Richtlinien vorgesehen ist. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen soll in den Arzneimittelrichtlinien nicht verschreibungspflichtige Wirkstoffe, die als Standard-Therapie essentiell für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen sind, die unter ärztlicher Aufsicht und nicht in der Selbstmedikation durchgeführt wird, eine wirkstoffbezogene Liste unter Angabe der Erkrankungen erstellen. Dabei sollen an der Entscheidung über Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die für ein Anwendungsgebiet nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen sind, Vertreter der besonderen Therapierichtungen beteiligt werden.

Der Vertragsarzt hat dies auf dem Verordnungsblatt kenntlich zu machen. In den Arzneimittelrichtlinien ist das Nähere zur Verordnungsfähigkeit von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln insbesondere bezogen auf bestimmte Indikationen und Indikationsgebiete festzulegen.

Die nach dem Arzneimittelgesetz registrierten homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel, die nicht für ein bestimmtes Anwendungsgebiet zugelassen sind, können vom Patienten nicht im Wege der Selbstmedikation angewendet werden, da die Auswahl eines solchen Arzneimittels eine vorherige individuelle therapeutische Diagnostik erfordert. Diese Arzneimittel haben einen Anteil von weniger als 1 % der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und leisten aufgrund ihrer geringen Kosten einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderungen zum Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel. Der indikationsbezogene Ausschluss von Arzneimitteln wird auf verschreibungspflichtige Arzneimittel beschränkt. Zudem wird die bisherige Altersgrenze von 18 Jahren an die mit Buchstabe a geregelte Altersgrenze angepasst.

Zu den Buchstaben b und c

Die Regelungen stellen klar, dass subsidiär zur Befugnis des Verordnungsgebers, Arzneimittel nach § 34 Abs. 3 sowie Heil- und Hilfsmittel nach § 34 Abs. 4 von der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, auch der Richtliniengeber nach § 92 Leistungsausschlüsse aufgrund seiner Befugnis zur Regelung der wirtschaftlichen Ordnungsweise der Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung treffen kann. Wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 18. November 1999 – B 1 KR 9/97 R – (medizinische Fußpflege) dargelegt und auch in dem Urteil vom 30. September 1999 – B 8 KN 9/98 KRR – (SKAT) bereits angedeutet hat, ist nach bisheriger Rechtslage unklar, ob neben der Kompetenz des Verordnungsgebers nach § 34 Abs. 3 und 4 zu Verordnungsausschlüssen die Befugnis des Richtliniengebers, das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Verordnung von Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln zu konkretisieren, so weit reicht, vollständige Leistungsausschlüsse vorzunehmen. Zwar ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts die Übertragung einer derartigen Normsetzungsbefugnis an den Richtliniengeber grundsätzlich zulässig, allerdings ist nach geltendem Recht unklar, ob und in welcher genauen Ausgestaltung der Gesetzgeber eine konkurrierende – parallele oder subsidiäre – Regelungskompetenz des Richtliniengebers schaffen wollte.

Diese Unsicherheiten machen die Klarstellung in den Absätzen 3 und 4 notwendig, dass die Regelungsbefugnis des Richtliniengebers ergänzend zu der des Verordnungsgebers hinzutritt: Solange und in dem Umfang, in dem der Verordnungsgeber nicht von seiner Regelungskompetenz zum Verordnungsausschluss von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln Gebrauch macht, ist der Richtliniengeber zur Regelung bis hin zu Leistungsausschlüssen berechtigt. Hieraus folgt notwendigerweise, dass in die Beschreibung der inhaltlichen Grenzen des Leistungsanspruchs des Versicherten in den §§ 31, 32 und 33 neben den Verordnungsausschlüssen durch den Rechtsverordnungsgeber auch die durch die Richtlinien einbezogen werden müssen (vgl. Änderungen der §§ 31, 32 und 33 SGB V-E).

Einer Konkurrenzregelung zu der Verordnungsermächtigung in § 34 Abs. 2 bedarf es nicht, da sich diese Verordnungsermächtigung nicht auf unwirtschaftliche Arzneimittel bezieht, sondern auf solche zur Behandlung geringfügiger Gesundheitsstörungen.

Zu Nummer 14 (§ 35 Abs. 1a)

Durch die Regelung wird die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Wirkstoffen (Festbetragsgruppe 2) ermöglicht. Es werden Festbetragsgruppen nur mit patentgeschützten Arz-

neimitteln gebildet. Damit werden für die gesetzliche Krankenversicherung Wirtschaftlichkeitsreserven des Preiswettbewerbs zwischen patentgeschützten Arzneimitteln der gleichen Wirkstoffklasse erschlossen. Wenn der Patentschutz für das zuerst in Verkehr gebrachte Arzneimittel einer neuen Wirkstoffklasse ausgelaufen ist, können in die Gruppenbildung auch nicht patentgeschützte Arzneimittel der gleichen Wirkstoffklasse einbezogen werden. Patentgeschützte Arzneimittel mit neuartigen Wirkstoffen einer neuen Wirkstoffklasse für die es keine vergleichbaren Analog-Arzneimittel gibt, bleiben von der Festbetragsbildung ausgenommen. Damit bleibt der Anreiz zur Entwicklung von innovativen Arzneimitteln erhalten, da für diese Arzneimittel auch weiterhin keine Erstattungs-Obergrenzen durch Festbeträge bestimmt werden können und somit für den Hersteller Aussicht besteht, bei Abgabe dieser Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen höhere Preise zu erzielen.

Durch die Regelung werden zusätzliche Einsparungen in Höhe von rd. 1 Mrd. Euro pro Jahr erreicht.

Zu Nummer 15 (§ 35b)

Durch die Vorschrift wird das Nähere zu den Aufgaben des Zentrums bezüglich der Empfehlungen zum Nutzen und zur ärztlichen Ordnungsweise insbesondere von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen geregelt.

Das Zentrum soll Empfehlungen erarbeiten, welchen Beitrag neue Arzneimittel zur Verbesserung der medizinischen Behandlung von Patienten leisten und eine finanzielle Bewertung des zusätzlichen Nutzens dieser Arzneimittel erstellen als Maßstab für die Übernahme von Mehrkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung. Damit soll erreicht werden, dass eine Arzneimitteltherapie nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis auch weiterhin finanzierbar und die Teilhabe der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung am Fortschritt in der Medizin gewährleistet bleibt. Hierzu soll das Zentrum auch erarbeiten, für welche Patientengruppen ein neues Arzneimittel eine maßgebliche Verbesserung des Behandlungserfolgs erwarten lässt mit dem Ziel, dass diese Patienten das neue Arzneimittel erhalten sollen. Für Patienten, bei denen mit bisher in der Regel verordneten Arzneimitteln vergleichbare therapeutische Ergebnisse erzielt werden können, soll ein neues hochpreisiges Arzneimittel dagegen in der Regel nicht angewendet werden. Diese Abgrenzung soll auch Inhalt der Empfehlungen des Zentrums sein. Durch eine stärkere Ausrichtung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung an der Ergebnisqualität werden Anreize dafür geschaffen, dass die pharmazeutischen Unternehmen ihre Anstrengungen verstärkt auf echte Innovationen mit therapeutischem Mehrwert konzentrieren. Für ein innovatives Arzneimittel, welches die medizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten spürbar verbessert, soll mit der gesetzlichen Krankenversicherung ein höherer Betrag abgerechnet werden können als für ein Arzneimittel, dessen Wirkungen sich vom herkömmlichen kaum unterscheiden.

Zu Absatz 1

Empfehlungen zum Nutzen können für Arzneimittel erstellt werden, die nach den Vorschriften dieses Buches verordnungsfähig sind. Dabei können für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen entsprechende Empfehlungen abgegeben

werden. Für andere Arzneimittel können unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ebenfalls Empfehlungen erstellt werden, wenn dieses Arzneimittel für die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von Bedeutung ist.

Das Zentrum soll ein Verfahren etablieren, das den Beteiligten die Bewertungskriterien transparent macht und eine Beteiligung durch entsprechende Mitwirkungs- und Anhörungsrechte sicherstellt.

Zu Absatz 2

Bei der Feststellung des Nutzens eines Arzneimittels erfolgt eine Zuordnung zu den Stufen A, B oder C. Diese Stufen entsprechen einer Differenzierung der Nutzenbewertung für das Arzneimittel im Vergleich zu bereits vorhandenen Therapiemöglichkeiten. Grundlage für diese Feststellung ist der anerkannte Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, insbesondere adäquate Studien, soweit diese verfügbar sind. Die Feststellungen erfolgen indikationsbezogen im Vergleich zu einem Arzneimittel, das sowohl unter Nutzen- als unter Kostenaspekten die bestmögliche Therapie darstellt.

Zu Absatz 3

Ziel der Regelung ist zum einen, den höheren Nutzen eines Arzneimittels der Stufe A im Vergleich zu dem bisher üblichen Therapie-Standard nach dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu ermitteln; die finanzielle Bewertung soll die Ergebnisse solcher Aufbereitungen angemessen berücksichtigen. Zum anderen sollen die Anwendungsgebiete, Anwendungsbedingungen und Patientengruppen näher bestimmt werden, für welche die Verordnung eines innovativen Arzneimittels erheblich bessere therapeutische Ergebnisse erwarten lässt. Damit soll gewährleistet werden, dass innovative Arzneimittel diejenigen Patientinnen und Patienten erhalten, die diese Arzneimittel benötigen. Es soll vermieden werden, dass ein Arzneimittel, das hohe Ausgaben für eine Krankenkasse verursacht auch dann verordnet wird, wenn hierdurch keine maßgebliche therapeutische Verbesserung im Vergleich zu den bisher in der Regel verordneten Arzneimitteln erzielbar ist.

Zu Absatz 4

Ziel der Regelung ist, die Anwendungsgebiete, Anwendungsbedingungen und Patientengruppen näher zu bestimmen, für welche die Verordnung eines Arzneimittels der Stufe B erheblich bessere therapeutische Ergebnisse erwarten lässt. Damit soll gewährleistet werden, dass diese Arzneimittel diejenigen Patientinnen und Patienten erhalten, die sie benötigen. Es soll vermieden werden, dass ein Arzneimittel, das hohe Ausgaben für eine Krankenkasse verursacht auch dann verordnet wird, wenn hierdurch keine maßgebliche therapeutische Verbesserung im Vergleich zu den bisher in der Regel verordneten Arzneimitteln erzielbar ist. Für Arzneimittel, die der Stufe B zugeordnet wurden, wird diese Bewertung im Vergleich zu dem vom Zentrum bestimmten Referenzarzneimittel vorgenommen.

Zu Absatz 5

Die Regelung erläutert die Zusammenarbeit mit den Bundesausschüssen. Die Empfehlungen des Zentrums nach Ab-

satz 1 werden dem Bundesausschuss als fachliche Grundlage für die Beschlüsse von Arzneimittelrichtlinien (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6) zugeleitet.

Zu Absatz 6

Ziel der Regelung ist, dass die entstehenden Mehrkosten für ein neues Arzneimittel, die von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind, nicht höher sind als durch den zusätzlichen Nutzen des Arzneimittels gerechtfertigt ist. Neue Arzneimittel der Stufe C werden unverzüglich einem bestehenden Festbetrag zugeordnet, sodass die Versicherungsgemeinschaft vor im Vergleich zum Mehrnutzen überhöhten Mehrkosten geschützt wird. Die Vorschrift enthält eine Regelung, nach der eine rechnerische Ermittlung des vorläufigen Festbetrags durch die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Grundlage eines vom Zentrum ermittelten Referenzarzneimittels erfolgt. Dabei wird eine Regelung zur rechnerischen Ermittlung einer durchschnittlichen Tagesdosis zur Berechnung des Äquivalenzfaktors für den Wirkstoff getroffen. Äquivalenzfaktor im Sinne dieser Vorschrift ist das Austauschverhältnis zwischen der Tagesdosis des Wirkstoffs im Vergleich zu demjenigen Wirkstoff, der Bezugsgröße für die Festsetzung der Arzneimittel in der Festbetragsgruppe ist. Die Tagesdosis für das Arzneimittel und das Referenzarzneimittel ist jeweils für eine gemeinsame Leitindikation zu ermitteln, für welche die Arzneimittel in der überwiegenden Zahl der Behandlungsfälle eingesetzt werden.

Der vorläufige Festbetrag ist befristet auf 12 Monate. Damit wird der Handlungsdruck auf die Spitzenverbände der Krankenkassen erhöht, eine Anpassung im Verfahren nach § 35 durchzuführen.

Gilt für das Referenzarzneimittel kein Festbetrag, so enthält die Vorschrift die Berechnungsvorschrift zur Ermittlung eines vorläufigen Festbetrages anhand des Preises des Referenzarzneimittels.

Das Zentrum soll sich bei der Zuordnung eines neuen Arzneimittels zu einem bestehenden Festbetrag mit dem Bundesausschuss abstimmen, damit die bestehende Systematik der Festbeträge gewahrt bleibt. Diese Zusammenarbeit wird durch Beteiligung der Selbstverwaltung an der Trägerschaft des Zentrums institutionell abgesichert.

Zu Absatz 7

Zur Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und der Weiterentwicklung des Stands der medizinischen Erkenntnis sollen die Empfehlungen regelmäßig aktualisiert werden.

Zu Absatz 8

Die Krankenkasse soll für Arzneimittel mit innovativen Wirkstoffen der Stufen A und B, für die auch weiterhin keine Festbeträge festgesetzt werden, mit den Herstellern Vereinbarungen über Preisabschläge bei Abgabe des Arzneimittels zu Lasten der Krankenkasse treffen. Als Orientierungsgröße für entsprechende Vereinbarungen soll das Zentrum den Zusatznutzen des Arzneimittels finanziell bewerten. Um die Versicherungsgemeinschaft vor einer Überforderung durch hohe Mehrausgaben für neuartige Arzneimittel zu schützen, soll die Krankenkasse mit dem Hersteller einen

Rabatt für die Abgabe des Arzneimittels zu Lasten der Krankenkasse vereinbaren.

Zu Absatz 9

Durch die Regelung werden Voraussetzungen für den Anspruch von Versicherten auf Arzneimittel bei Anwendung außerhalb von nach dem Arzneimittelgesetz zugelassenen Anwendungsgebieten getroffen. Die Empfehlungen, welche entsprechenden Anwendungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen, werden unter den in der Vorschrift genannten Voraussetzungen Teil der Arzneimittelrichtlinien. Eine entsprechende Empfehlung soll nur mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmens erstellt werden, damit gewährleistet ist, dass dieses die betreffenden Anwendungen als bestimmungsgemäßer Gebrauch akzeptiert und damit nach den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes für die entsprechenden Anwendungen haftet. Eine Verordnung dieser Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung unterliegt der Prüfung nach § 106 Abs. 5b, welche durch dieses Gesetz neu geregelt wird.

Absatz 10

Die Empfehlungen des Zentrums entfalten unmittelbar keine rechtlichen Wirkungen. Diese treten erst durch die Umsetzung der Empfehlungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. die Bundesausschüsse für die gesetzliche Krankenversicherung ein. Deswegen soll eine Überprüfung der Empfehlungen des Zentrums erst anhand der diese umsetzenden Entscheidungen erfolgen. Dies wird mit der Regelung in Absatz 10 sichergestellt.

Zu Nummer 16 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen für die Abgabe der Stellungnahmen der Verbände der betroffenen Leistungserbringer und der Verbände der behinderten Menschen sowohl hinsichtlich der Bildung von Festbetragsgruppen als auch hinsichtlich der Festsetzung von Festbeträgen eine angemessene Frist im Rahmen des erforderlichen Anhörungsverfahrens einzuräumen haben. Sie stellt insbesondere sicher, dass sowohl die Gruppenbildung als auch die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel innerhalb eines angemessenen Zeitraums erfolgen können.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift regelt, dass die Festbeträge für Hilfsmittel zukünftig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitlich auf Bundesebene festzusetzen sind. Die Festbeträge sind erstmalig bis spätestens zum 31. Dezember 2004 festzusetzen. Bis zur Festsetzung von einheitlichen Festbeträgen auf Bundesebene gelten die bisher auf Landesebenen festgesetzten Festbeträge als Obergrenze weiter. Die Regelung beseitigt die bestehende Intransparenz für alle Beteiligten, die durch die von Bundesland zu Bundesland in unterschiedlicher Höhe festgesetzten Festbeträge besteht. Durch die Festsetzung von einheitlichen Festbeträgen auf Bundesebene wird das Festsetzungsverfahren vereinfacht und die Möglichkeit zur Festsetzung von Festbeträgen auch für neue Hilfsmittelgruppen erleichtert. Der Gesetzgeber geht vor diesem Hintergrund davon aus, dass Qualität und Wirt-

schaftlichkeit im Hilfsmittelbereich maßgeblich gestärkt werden.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift sieht vor, dass die Festbeträge für Hilfsmittel – ebenso wie bei Arzneimitteln – mindestens einmal im Jahr zu überprüfen sind. Damit soll gewährleistet werden, dass die gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Festbeträge an eine veränderte Marktlage innerhalb eines angemessenen Zeitraumes zu erfolgen hat. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 17. Dezember 2002 zur Festbetragskonzeption im Hilfsmittelbereich darauf hingewiesen, dass die Versorgung im Hilfsmittelsektor mit ausreichenden, zweckmäßigen und in der Qualität gesicherten Hilfsmitteln als Sachleistung gewährleistet sein muss und sich Versicherte auch bei Festbeträgen nicht mit Teilkostenerstattungen zufrieden geben müssen. Mit dem Festbetragsfestsetzungsverfahren sei ersichtlich keine Abkehr des Gesetzgebers vom Sachleistungsprinzip erfolgt. Der Gesetzgeber geht vor diesem Hintergrund davon aus, dass der technische Fortschritt und die bestehenden Rationalisierungseffekte im Hilfsmittelbereich eine Überprüfung der festgesetzten Festbeträge mindestens einmal im Jahr erforderlich machen.

Zu Nummer 17 (§ 37 Abs. 2)

Durch die Neuregelung wird eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass allein stehende Wohnungslose Behandlungspflege erhalten.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt die Zahl der allein stehenden Wohnungslosen in Deutschland im Jahr 2000 auf 170 000, wovon etwa 24 000 Menschen, darunter ca. 2 000 bis 2 500 Frauen, ohne jede Unterkunft auf der Strasse lebten. Etwa ein Drittel von ihnen sind gesetzlich krankenversichert.

Wohnungslose Menschen werden, obwohl die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht immer gegeben ist, von den behandelnden Ärzten häufig vorsorglich ins Krankenhaus überwiesen, um dadurch sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Versorgung und die notwendige Bettruhe sicherzustellen und so eine Verschlimmerung des Krankheitszustands zu vermeiden und eine schnellere Gesundung zu ermöglichen. Begründet wird dies damit, dass die Krankenkassen keine Behandlungspflege außerhalb eines Haushalts oder einer Familie leisten dürfen.

Sowohl aus Versorgungsaspekten als auch wirtschaftlichen Aspekten ist es notwendig, die strukturellen Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, wohnungslose Menschen in das ambulante Regelversorgungssystem zurückzuführen. Eine Voraussetzung ist, dass Behandlungspflege in Einrichtungen oder anderen geeigneten Unterkünften, die den krankenversicherten Wohnungslosen aufnehmen, als eine Leistung der Krankenversicherung möglich gemacht wird, um kostentreibende Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

Dadurch, dass die Aufnahme vorübergehend und nur zur Durchführung der Behandlungspflege erfolgen muss, wird klargestellt, dass bei Daueraufenthalt ohne eigenen Haushalt, z. B. in Heimen, weiterhin kein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege besteht.

Wie bei allen anderen Leistungen der Behandlungspflege im Haushalt oder der Familie werden weitere Kosten (z. B. Unterhalt, Verpflegung) nicht übernommen.

Zu Nummer 18 (§ 39)

Die Neuregelung passt die Höhe der Krankenhauszahlung an die wirtschaftliche Entwicklung an. Die bisherigen Zahlungswege (Einbeziehung durch das Krankenhaus) bleiben erhalten.

Zu Nummer 19 (§ 43b)

Die Neuregelung stellt klar, wie die Praxisgebühr einzuziehen und abzurechnen ist.

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 28 Abs. 4. Ärzte mit Einzelverträgen haben direkte Abrechnungsbeziehungen zur Krankenkasse, so dass sich ihr Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert. Fachärzte, die im Rahmen von Gesamtverträgen (§§ 82, 83) tätig werden, haben keinen direkten Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen. Deshalb muss für sie eine besondere Regelung getroffen werden. Sie verrechnen ihre Praxisgebühren mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Die durch die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütungen sind entsprechend zu bereinigen.

Zu Nummer 20 (§§ 58 und 59)

Als „Sterbegeld“ wird seit dem 1. Januar 1989 (GRG) ein Zuschuss zu den Bestattungskosten an denjenigen gezahlt, der die Bestattungskosten trägt (§ 58). Seit der Neuregelung zum 1. Januar 2003 sind dies beim Tod eines Mitglieds 525,- Euro und beim Tod eines Familienversicherten 262,50 Euro (§ 59).

Es handelt sich nicht um eine fürsorgeähnliche Leistung, die den unterhaltsberechtigten Hinterbliebenen die Umstellung auf die neuen Lebensverhältnisse erleichtern soll – wie z. B. Gehalts- oder Lohnfortzahlungen, Pensionen oder Renten für eine gewisse Zeit. Versicherte können in der Regel selbst Vorsorge für die Bestattung treffen.

Der Bestattungskostenzuschuss ist dem Grunde nach eine versicherungsfremde Leistung, da er nach dem Tode dessen, von dem er abgeleitet wird, an einen Dritten gezahlt wird.

Da das Sterbegeld nach bislang geltendem Recht nur gezahlt wird, wenn der Verstorbene am 1. Januar 1989 versichert war, handelt es sich um eine „auslaufende Leistung“. Die Hinterbliebenen aller, die nach diesem Zeitpunkt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert worden sind, können bereits nach bislang geltendem Recht einen solchen Zuschuss nicht mehr erhalten, obwohl dies keine Auswirkungen auf die Höhe der Beitragszahlungen hat.

Die Streichung des Sterbegeldes für Mitglieder und Familienversicherte ist als Solidarbeitrag zur Stabilisierung der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich.

Zu Nummer 21 (§ 60)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung des Satzes 1 wird stärker als bisher auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Krankenkassenleistung erforderlichen Fahrt abgestellt. Der behandelnde Arzt hat zu entscheiden, ob und inwieweit zwingende medizinische Gründe vorliegen. Die Krankenkasse kann dies ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen überprüfen lassen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 stellt sicher, dass Verlegungsfahrten zwischen den an der Erbringung stationärer Leistungen beteiligten Krankenhäusern nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wenn diese Verlegungsfahrten ausschließlich aus zwingenden medizinischen Erfordernissen geboten sind. Damit wird auch bei den Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern ausdrücklich die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Verlegungsfahrt klarstellend hervorgehoben. Insbesondere werden diejenigen Fälle ausgeschlossen, in denen die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten und veranlassen. Dieses gilt unabhängig davon, inwieweit und in welcher Höhe die beteiligten Krankenhäuser jeweils für ihre Leistung eine Fallpauschale abrechnen. Die Aufwendungen für Fahrtkosten und die Übernahme durch die Krankenkassen stehen in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Abrechnung der stationären Leistungen der beteiligten Krankenhäuser über eine oder mehrere Fallpauschalen. Unabhängig von den jeweiligen Abrechnungsmöglichkeiten in dem Fallpauschalensystem wird damit ausdrücklich sichergestellt, dass die Krankenkassen nur dann mit den Aufwendungen zu Fahrtkosten zusätzlich belastet werden dürfen, wenn die Verlegungsfahrt allein aus zwingenden medizinischen Gründen, wie z. B. bei Notfällen, geboten ist.

Die Fallgruppe der mit Einwilligung der Krankenkassen erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus führt weiterhin ausdrücklich zur Übernahme der Fahrtkosten. In diesen Fällen ist regelmäßig aus medizinischen Gründen im Interesse des Patienten eine Verlegung erforderlich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Krankenkassen erhalten nunmehr die Möglichkeit, den Versicherten Transportleistungen anzubieten, die durch hierfür geeignete Einrichtungen oder Unternehmen erbracht werden. Die Übernahme der Fahrtkosten der Versicherten ist in diesem Fall nicht mehr erforderlich. Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen hierzu Verträge nach § 133 und bieten ihren Versicherten damit eine Sachleistung an.

Auf der Grundlage des Subsidiaritätsgebotes ist eine Übernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkasse oder eine Inanspruchnahme der durch die Krankenkasse zur Verfügung gestellten Transportleistung nicht mehr geboten, wenn die Versicherten sich im Rahmen der Zumutbarkeit von Haushaltsangehörigen oder Familienangehörigen zur Behandlung fahren lassen können.

Zu Nummer 22 (§ 61)**Zu Buchstabe a**

Die Streichung korrespondiert mit der neuen Bonusregelung nach § 62a (neu). Versicherte haben geringere Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln zu erbringen, wenn sie am Hausarztssystem nach § 67 (neu) oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. teilnehmen. Für die genannten Zuzahlungen ist eine Härtefallregelung nicht mehr erforderlich, da alle Versicherten die Möglichkeit haben, durch Teilnahme am Hausarztmodell geringer mit Zuzahlungen belastet zu werden. Chronisch Kranke und Härtefälle im Sinne von § 61 zahlen jeweils nur 2 oder 1 Euro (vgl. § 31 Abs. 3 (neu)).

Zu Buchstabe b

Die Änderung passt die bisherige Regelung an die Einführung der Festzuschüsse an.

Zu Nummer 23 (§ 62)**Zu Buchstabe a**

Chronisch Kranke wurden bisher von Zuzahlungen vollständig befreit, wenn sie 1 Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 % ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet hatten. Diese Befreiungsregelung kann nicht mehr aufrecht erhalten werden, weil sich auch chronisch kranke Versicherte in angemessenem Umfang an den neuen Belastungen beteiligen müssen. Es bleibt bei der Belastungsgrenze von 2 % für alle Versicherten. Um den besonderen Belangen chronisch Kranker Rechnung zu tragen, bleibt für sie die niedrigere Belastungsgrenze von 1 % bestehen.

Versicherte werden durch Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln geringer belastet, wenn sie am Hausarztssystem nach § 67 oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. teilnehmen. Darüber hinaus ist eine Entlastung für chronisch Kranke sowohl bei der Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3) als auch bei der Praxisgebühr (§ 28 Abs. 4 Nr. 2) vorgesehen.

Bei der generellen Überforderungsgrenze von 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten bleiben die Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln einbezogen. Damit werden alle Versicherte, die nicht am Hausarztssystem oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen, wie bisher nur bis zur Höhe von 2 vom Hundert ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen mit Zuzahlungen belastet.

Die so genannte Praxisgebühr wird nicht in die Überforderungsklausel einbezogen, um die Steuerungswirkung nicht zu schwächen. Die Stärkung der Rolle des Hausarztes ist aus medizinischen und finanziellen Gründen sinnvoll. Auch der Versicherte profitiert von der vorrangigen Inanspruchnahme des Hausarztes, durch die nicht notwendige Inanspruchnahmen von Fachärzten und Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Die Höhe der Gebühr führt auch ohne Einbeziehung in die Härtefallregelungen nicht zu einer finanziellen Überforde-

rung des Einzelnen, zumal sie nur beim erstmaligen Facharztkontakt je Quartal und nur, wenn keine Überweisung vorliegt, anfällt.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift passt die bisherige Regelung an die Einführung der Festzuschüsse an. Versicherte, für die die Härtefallregelungen des § 62 gelten, erhalten je nach Einkommenslage insgesamt einen Betrag bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses.

Zu Nummer 24 (§ 62a)

Als finanziellen Anreiz für die Teilnahme am Hausarztssystem oder an strukturierten Behandlungsprogrammen oder an der integrierten Versorgung erhalten Versicherte einen Bonus auf der Leistungsseite, indem sie während ihrer Teilnahme geringere Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln zu leisten haben, und zwar je nach Packungsgröße 2, 3 oder 4 Euro. Härtefälle im Sinne des § 61 SGB V zahlen bereits 1 Euro (§ 31 Abs. 3 (neu)).

Durch die Regelung in Satz 2 wird sichergestellt, dass die geringeren Zuzahlungen auch für Teilnehmer am Hausarztssystem nur dann gelten, wenn sie einen Facharzt auf Überweisung in Anspruch nehmen. Eine Ausnahme gilt für die Inanspruchnahme von Frauenärzten und Augenärzten (vgl. Begründung zu § 67). Versicherte, die einen Facharzt ohne Überweisung in Anspruch nehmen, haben für die von diesem Facharzt verordneten Arznei- und Verbandmittel die üblichen Zuzahlungen zu leisten.

Mit der Regelung in Absatz 2 werden chronisch Kranke in die Bonusregelung einbezogen, wenn ihnen für die Behandlung ihrer Krankheit oder Behinderung kein strukturiertes Behandlungsprogramm oder keine integrierte Versorgung zur Verfügung steht. Die Voraussetzungen entsprechen denen für die Befreiung von der Praxisgebühr (§ 28 Abs. 4 Nr. 2).

Absatz 3 stellt sicher, dass die sonstigen Regelungen des § 31 über die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln auch hier Anwendung finden.

Dadurch, dass auch diese für die Versicherten günstige Lösung zum 1. Januar 2004 in Kraft tritt, sind die Krankenkassen aufgefordert, die in Absatz 1 genannten Versorgungsformen im Interesse ihrer Versicherten möglichst zügig einzurichten.

Zu Nummer 25 (§ 65a)

Mit dieser Regelung wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, in ihren Satzungen Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Vergleichbar der in § 62a (neu) vorgesehenen verbindlichen Bonusregelung für die Teilnahme am Hausarztssystem und an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke können die Krankenkassen für ihre Versicherten Bonuslösungen anbieten. Der Bonus soll geknüpft werden an die regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder der Leistungsangebote der Krankenkasse zur primären Prävention. Bei der Gestaltung der Bonuslösung ist die Krankenkasse frei. Sie kann auch Befreiungen von gesetzlichen Zuzahlungen vorsehen. In ihrer Satzung

kann sie allerdings nur festlegen, dass die Teilnahme an den genannten Programmen durch eine Bescheinigung nachgewiesen werden muss. Die Erhebung weiterer Daten, z. B. über die Lebensführung der Versicherten, darf in der Satzung nicht als weitere Voraussetzung vorgesehen werden.

Mit der Möglichkeit, Arbeitgebern und Versicherten bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus anzubieten, soll insbesondere auch für die Arbeitgeber ein Anreiz geschaffen werden, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren.

In einem Modellprojekt der AOK wird ein solcher Ansatz bereits erprobt. In diesem Projekt wird Unternehmen, die Gesundheitsförderung zum integralen Bestandteil ihrer Managementprozesse machen und entsprechende Aktivitäten ihren Arbeitnehmern anbieten und dokumentieren, ein Bonus in Form eines prospektiven Beitragsbonus (ein Monatsbeitrag) gewährt, der hälftig dem Arbeitgeber und den Beschäftigten zugute kommt.

Zu Nummer 26 (§§ 67 und 68)

Zu § 67

Die Krankenkassen werden nunmehr verpflichtet, ihren Versicherten ein Hausarztssystem anzubieten. Der Hausarzt hat die Aufgabe, den Behandlungsverlauf zu koordinieren (§ 73 Abs. 1b SGB V). Die Anforderungen an die hausärztliche Tätigkeit und die qualitativen Anforderungen an den Hausarzt sind in dem § 73 Abs. 1b SGB V, der die Koordinierungsaufgabe konkretisiert, im Hausarztvertrag nach § 73 Abs. 1c SGB V, der qualitative Mindeststandards für die hausärztliche Tätigkeit festlegen soll, und in den Weiterbildungsinhalten der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin geregelt. Die dort festgelegten Standards und Ausbildungsinhalte befähigen den Hausarzt seiner besonderen Rolle als Koordinator der Behandlungsabläufe gerecht zu werden. Für den Patienten bedeutet dies eine verbesserte Orientierungsmöglichkeit. Er gewinnt durch die hausärztliche Koordinierung einen besonderen Überblick und kann damit besser als Partner den weiteren Behandlungsverlauf aktiv begleiten. Deshalb verpflichtet der Gesetzgeber die Krankenkassen nunmehr, das in Absatz 1 beschriebene Hausarztssystem anzubieten und verbindet die Teilnahme des Versicherten an dem Hausarztssystem mit dem finanziellen Anreiz in § 62a der Verminderung der Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln.

Zu Absatz 1

Versicherte, die sich schriftlich bereit erklären, am Hausarztssystem teilzunehmen, suchen Fachärzte nur noch auf Überweisung ihres Hausarztes auf. Eine Ausnahme besteht für Augenärzte und Frauenärzte; diese können auch am Hausarztssystem unmittelbar in Anspruch genommen werden. Mit seiner Teilnahmeerklärung bindet sich der Versicherte für ein Jahr an das Hausarztssystem und die Wahl seines Hausarztes. Allerdings ist der Wechsel des Hausarztes aus wichtigem Grund möglich, z. B. bei Wohnortwechsel oder dann, wenn zwischen Arzt und Versichertem das Vertrauensverhältnis zerstört ist. In diesen Fällen muss der Versicherte einen neuen Hausarzt wählen. Der bisherige Hausarzt darf – genau so wie bei einem Hausarztwechsel außerhalb des Hausarzt-systems (vgl. § 73 Abs. 1b Satz 5 SGB V) – die von ihm über

den Versicherten gesammelten Daten dem neuen Hausarzt nur übermitteln, wenn der Versicherte darin einwilligt. Die mit der Teilnahme an dem Hausarztssystem verbundenen finanziellen Vorteile nach § 62a (Bonus) bleiben dem Versicherten auch dann erhalten, wenn er in die Übermittlung der über ihn bei dem bisherigen Hausarzt gespeicherten Daten an den neuen Hausarzt nicht einwilligt, denn da er einen neuen Hausarzt wählt, nimmt er weiterhin am Hausarztssystem teil.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten der Durchführung des Hausarzt-systems sind in der Satzung zu regeln.

Zu § 68

Die Vorschrift ermöglicht es den Krankenkassen, zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung, elektronische Gesundheitsakten zu finanzieren. Mit elektronischen Gesundheitsakten, in die unabhängig von bestehenden Dokumentationspflichten der Behandler Kopien wichtiger medizinischer Daten von Patienten gespeichert werden, kann die Information und Kommunikation im Gesundheitswesen erheblich verbessert werden. Der Versicherte wird in die Lage versetzt, sektorübergreifend den Leistungserbringern relevante medizinische Informationen einschließlich vorheriger Befunde zur Verfügung zu stellen. Dadurch wird die Behandlungsqualität und -sicherheit erhöht, Doppeluntersuchungen können vermieden werden. Elektronische Gesundheitsakten unterstützen somit auch die Zielsetzungen, die mit der integrierten Versorgung (§§ 140a ff.) und der Verzahnung der Hausarzt-/Facharzt-kommunikation (§ 73 Abs. 1b) verbunden sind. In der Satzung der Krankenkassen können auch die Qualitätsanforderungen präzisiert und von der Einhaltung dieser Anforderungen die Finanzierung einer solchen Akte abhängig gemacht werden.

Zu Nummer 27 (§ 71)

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Nummer 28 (§ 72 Abs. 1)

Die Gesundheitszentren werden durch die Änderungen in § 95 Abs. 1 neben den niedergelassenen Ärzten zur ambulanten Versorgung der Versicherten zugelassen. Die Änderung in § 72 Abs. 1 stellt sicher, dass die Vorschriften der vertragsärztlichen Versorgung auch für die Gesundheitszentren und für die in den Zentren tätigen Ärzte gelten.

Zu Nummer 29 (§ 73)

Zu Buchstabe a

Durch diese Ergänzung wird für die hausärztliche Versorgung die bereits in § 2 Abs. 1 Satz 2 geregelte Vorgabe nochmals verdeutlicht, weil gerade in der hausärztlichen Behandlung die ganzheitliche Sicht des Patienten, die psychosomatischen Dimensionen seiner Befindlichkeitsstörungen und das sich daraus ergebende Bedürfnis des Patienten nach Zuwendung im Mittelpunkt stehen.

Zu Buchstabe b

Die Sicherstellungsverpflichtung in der ambulanten Versorgung wird neu geregelt. Die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1, zu der auch kinderärztliche Versorgung gehört, bleibt in der kollektivvertraglich organisierten Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleiches gilt für die fachärztliche Versorgung durch Augen- und Frauenärzte, da hier aus Versorgungsgründen ebenfalls eine kollektivvertragliche Sicherstellung sinnvoll ist.

Im Übrigen wird der Sicherstellungsauftrag geteilt und künftig teilweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen und teilweise von den Krankenkassen übernommen. Insbesondere wird es künftig die Aufgabe der Krankenkassen sein, Versorgungslücken zu schließen. Im Einzelnen wird die Versorgung wie folgt organisiert: Der Neuzugang zur fachärztlichen Versorgung – ausgenommen die Augen- und Frauenärzte – erfolgt künftig nicht mehr über die Erteilung einer Zulassung, die zur Versorgung aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt, sondern durch Einzelverträge nach § 106b, die zwischen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern abgeschlossen werden. Bereits zugelassene Fachärzte haben eine Wahlmöglichkeit: Sie können im Kollektivvertragssystem bleiben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in diesen Fällen weiterhin den Sicherstellungsauftrag, d. h. sie haben die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die im Kollektivvertragssystem verbleibenden Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen. Diese Ärzte können aber auch aus dem Kollektivvertragssystem herausoptieren und nach § 106b Verträge mit den Krankenkassen abschließen. In diesem Fall scheiden sie aus dem Kollektivvertragssystem aus (vgl. Begründung zu § 106b). Ihre Verpflichtungen ergeben sich aus den mit den Krankenkassen geschlossenen Verträgen. Die zahnärztliche Versorgung bleibt unberührt und wird weiter durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Zu Buchstabe c

Ziel dieser Regelungen ist, dass die bereits nach geltendem Recht bestehende Pflicht der Fachärzte zur Übermittlung der Berichte und Befunde weiter- oder mitbehandelnder Ärzte an die Hausärzte gestärkt wird, indem die Zahlung der Vergütung an die weiter- oder mitbehandelnden Ärzte und Gesundheitszentren von der Erfüllung dieser Berichtspflicht abhängig gemacht wird. Hierfür sieht die Regelung vor, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. in den Einzelverträgen Regelungen vorzusehen sind, nach der die Abrechnung fachärztlicher Leistungen an den Nachweis geknüpft werden, dass eine Übermittlung von Informationen an den Hausarzt stattgefunden, bzw. warum sie ggf. nicht stattgefunden hat. Die Krankenkassen bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten zur Abrechnung folglich nur Abrechnungsnummern aus denen hervorgeht, ob und in welchem Umfang ein schriftlicher Informationsaustausch vom Facharzt zum Hausarzt stattgefunden hat. Weitergehende Angaben, insbesondere zum Inhalt der übermittelten Informationen, sind nicht erforderlich.

Darüber hinaus wird zur Absicherung der Funktionsfähigkeit des Hausarztssystems die Abrechnung von Leistungen für die am Hausarztssystem teilnehmenden Versicherten, die Fachärzte – mit Ausnahme der Augen- und Frauenärzte –

nur auf Überweisung in Anspruch nehmen dürfen, vom Vorliegen einer Überweisung abhängig gemacht.

Zu Buchstabe d

Folge der Einführung des elektronischen Rezepts bis spätestens zum 1. Januar 2006.

Zu Buchstabe e

Den Hausärzten wird künftig eine Schlüsselrolle in der Versorgung zukommen. Insbesondere wird es ihre Aufgabe sein, den Versorgungsablauf zu organisieren (vgl. Hausarztssystem, § 67). Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages sollen im Hausarztvertrag Regelungen treffen, die dafür sorgen, dass die Hausärzte qualifiziert sind, um diese Versorgungsaufgaben sachgerecht wahrnehmen zu können.

Zu Buchstabe f

Durch die Regelung wird das Informationsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Krankenkassen und ihrer Verbände zur Information der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen präzisiert. Damit soll erreicht werden, dass der Arzt diejenigen Informationen in vergleichender Aufstellung erhält, die ihm eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Verordnung erleichtern. Die Übersicht kann sich auch auf ausgewählte Arzneimittel beziehen, die einen maßgeblichen Anteil an der Versorgung der Versicherten im Indikationsgebiet haben. Die angegebenen Indikationsgebiete sollen der amtlichen Fachinformation entsprechen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Angabe einer Referenzsubstanz wird den Informationsgebern das Verfahren erleichtert. Soweit vom Zentrum nach § 35b ein Referenzarzneimittel empfohlen wird, ist dieses der Information zugrunde zu legen. Ist ein Referenzarzneimittel nach § 35b nicht bestimmt, soll vom Informationsgeber ein Wirkstoff ausgewählt werden, der unter medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel als das „Mittel der Wahl“ anzusehen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung wird erreicht, dass die Informationen über Arzneimittel nicht auf der Grundlage einer allgemeinen Preisvergleichsliste für verordnungsfähige Arzneimittel beruhen sollen. Vielmehr sind gesonderte Preisvergleiche für ausgewählte Indikationen und Arzneimittel zu erstellen, die für die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung von Bedeutung sind.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zur Erleichterung von Vergleichen zwischen Arzneimitteln sollen die Kosten je Tagesdosis der einzelnen Arzneimittel gegenüber gestellt werden. Zur Vereinfachung der Umsetzbarkeit der Regelung sollen die Angaben zu den Tagesdosen der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation entnommen werden. Damit wird eine für alle Hersteller und Präparate einheitliche Zuordnung gewährleistet, durch die

weitere, aufwändige Feststellungen von Tagesdosen nicht erforderlich sind. Die Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation soll auf der Grundlage der entsprechenden Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, ggf. mit sachgerechten Anpassungen für die Versorgungssituation in Deutschland, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegeben werden. Diese soll bei Bedarf aktualisiert werden.

Zu Nummer 30 (§ 75)

Die Änderung stellt klar, dass sich die Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur auf den Bereich bezieht, der auch weiterhin in der kollektivvertraglich organisierten Sicherstellung verbleibt (vgl. Begründung zu § 73 Abs. 1a).

Zu Nummer 31 (§ 76)

Zu Buchstabe a

Die freie Arztwahl bezieht sich auch auf die Gesundheitszentren, die nach § 95 Abs. 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie auf die Leistungserbringer nach § 106b, die über Einzelverträge an der ambulanten Versorgung der Versicherten teilnehmen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu § 106a.

Zu Nummer 32 (§ 77)

Zu Buchstabe a

Die Änderung knüpft an den bereits im bisherigen Recht enthaltenen Grundsatz an, dass die Vertragsärzte zur Erfüllung der ihnen durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung für den Bereich jedes Bundeslandes nur eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bilden. Die Regelung sieht nunmehr vor, dass eine zweite Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung in einem Land nur noch dann errichtet werden oder fortbestehen kann, wenn in dem Bereich dieses Landes mehr als 12 000 Ärzte oder mehr als 6 000 Zahnärzte zugelassen sind und am 1. Januar 2004 bereits mindestens eine weitere Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung vorhanden ist. Hierdurch wird sowohl das Fortbestehen sehr kleiner als auch die gesetzliche Einführung zu großer Organisations-einheiten vermieden.

Zu Buchstabe b

Absatz 2 der Vorschrift sieht vor, dass die Durchführung von Organisationsänderungen, die in einzelnen Ländern aufgrund der in Absatz 1 getroffenen Regelung erforderlich werden, wie bisher durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zu regeln ist.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes der Vertragsärzte eröffnet Satz 2 den nach den Vorgaben des Absatzes 1 neu gebildeten Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, die bislang für die zusammengelegten Kassenärztlichen Vereinigungen geltenden Honorarverteilungsmaßstäbe spä-

testens bis Ende 2007 sukzessive einander anzunähern. Zudem gilt bei Änderungen des Verteilungsmaßstabes der bisherigen Kassenärztlichen Vereinigungen § 85 Abs. 4.

Zu Buchstabe c

Nach der bisherigen Regelung wirken auch solche Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten an der Willensbildung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (außerordentliche Mitglieder). Da die Mitgliederzahl in den gewählten Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beschränkt wird, sollen künftig nur noch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sein. Dies dient einer Steigerung der Effizienz der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Die in den zugelassenen Gesundheitszentren angestellten Ärzte werden den zugelassenen Ärzten gleichgestellt. Eine außerordentliche Mitgliedschaft ist nicht mehr vorgesehen.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu § 79 Abs. 5.

Zu Nummer 33 (§ 79)

Um den gewachsenen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gerecht zu werden, wird entsprechend der bereits erfolgten Neuorganisation im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine Neuordnung der inneren Organisation durchgeführt. Die Vertreterversammlung wird zum alleinigen Selbstverwaltungsorgan. Der Vorstand wird zu einem hauptamtlichen Organ der selbstverwalteten Körperschaft fortentwickelt. Bei der Besetzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wurden Hausärzte besonders berücksichtigt.

Die Mitgliederzahl der Vertreterversammlung, die in der Satzung konkret zu bestimmen ist, wird auf bis zu 30 Mitglieder beschränkt. Große Kassenärztliche Vereinigungen können jedoch die Mitgliederzahl ihrer Vertreterversammlung auf bis zu 40 bzw. 50 Mitglieder erhöhen.

Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wird die Möglichkeit eingeräumt, eine gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen größere Vertreterversammlung einzurichten, um eine angemessene Repräsentanz der Mitglieder in diesem Gremium zu erreichen.

Die Regelung in Absatz 3 zu den Aufgaben der Vertreterversammlung entspricht im Wesentlichen der in § 197 für die Krankenkassen getroffenen Regelung. Der Vertreterversammlung als Legislativ- und Kontrollorgan obliegen danach insbesondere die autonome Rechtssetzung (Nr. 1), die Feststellung des Haushalts und Grundstücksgeschäfte als Ausdruck der Finanzhoheit (Nr. 3 und 6), die Kontrolle des nach Absatz 5 für die Verwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung allein zuständigen Vorstands (Nr. 2, 4 und 5).

Hausärzte erhalten in eigenen Angelegenheiten eine ausschließliche Stimmberechtigung.

Der hauptamtliche Vorstand besteht grundsätzlich aus bis zu 3 Mitgliedern. Die Vertreterversammlung erhält in Absatz 4 Satz 2 die Option, den Vorstand auf bis zu 5 Mitglieder zu erweitern (§ 95 SGB V). Die Vergütung der Vorstandsmitglieder ist ebenso wie bei den Vorständen der Krankenkassen und deren Verbände transparent zu machen.

Die Vorstandsmitglieder, die von der Vertreterversammlung auf sechs Jahre gewählt werden, verwalten die Kassenärztliche Vereinigung und vertreten sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt.

Mit der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und wesentlichen Versorgungsregelungen wird die notwendige Transparenz beim Inhalt der Vorstandsverträge geschaffen. Dies ist erforderlich, da es sich um den Einsatz öffentlicher Mittel handelt, die auf gesetzlicher Grundlage erhoben werden. Auf diese Weise wird dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung getragen und gleichzeitig die Möglichkeit für einen Vergleich geschaffen. Neben der eigentlichen Vergütung einschließlich Nebenleistungen sind auch die Versorgungsregelungen in ihren wesentlichen Grundzügen darzustellen, damit erkennbar wird, ob es sich bei den Versorgungsregelungen um mit der Rentenversicherung vergleichbare Regelungen handelt oder ob hier andere Regelungen zur Anwendung kommen, die dann mit ihren Berechnungsgrundlagen näher darzustellen sind. Um eine einheitliche Transparenz sicherzustellen, erfolgt die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erstmals einheitlich zum 1. März 2004. Für die hauptamtlichen Vorstände gilt die Veröffentlichungspflicht zum 1. März 2005. Bei Veränderungen der Vergütungshöhe oder im Bereich der Versorgungsregelungen sind diese Veränderungen innerhalb eines Monats ebenfalls im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Im Übrigen sind die für den Vorstand der gesetzlichen Krankenkassen geltenden Regelungen zur Wahl, Amtsführung, Amtsenthebung und Haftung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. Satz 2 sichert insbesondere die Management-Qualifikation der einzelnen Mitglieder des Vorstandes für ihren jeweils eigenverantwortlich zu leitenden Geschäftsbereich und stärkt somit zugleich die Professionalisierung des Vorstandes in seiner Gesamtheit.

Zu Nummer 34 (§ 79a)

Folgeänderung zu § 79.

Zu Nummer 35 (§ 79b)

Zu Buchstabe a

Folgeänderungen zu § 79 Abs. 1 und § 77 Abs. 3.

Zu Buchstabe b

Die beratenden Fachausschüsse bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, insbesondere der Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung, werden durch die Ergänzung des § 79b stärker in die Entscheidungsfindung bei Honorarfragen einbezogen.

Zu Nummer 36 (§ 80)

Zu Buchstabe a

Bislang ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen, ob sie nach dem Verhältnis- oder Mehrheitswahlrecht ihre Selbstverwaltungsorgane wählen. Da beim Mehrheitswahlrecht Minderheitsgruppen im verbandspolitischen Geschehen unterrepräsentiert bleiben können, wird verbindlich das Verhältniswahlrecht eingeführt. Damit werden maßgeblichen Interessengruppen Möglichkeiten eingeräumt, mit Vertretern auch in der nunmehr verkleinerten Vertreterversammlung repräsentiert zu sein.

Die konkrete Ausgestaltung des Wahlverfahrens (z. B. Bestimmungen der Art des Verfahrens, eine Einteilung in Wahlkreise) ist wie bisher in der Satzung zu regeln (vgl. § 81 Abs. 1 Nr. 2). Während bislang die Vertreter der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder jeder Vertreterversammlung jeweils getrennt aus dem Kreis der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewählt haben, gilt künftig für die Wahl der neuen Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dass diese aus den Reihen der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt werden. Hierdurch soll die Vertretung der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gestärkt werden. Zugleich wirkt die Vorschrift auf den Proporz der verschiedenen Gruppen (Hausärzte, Psychotherapeuten und übriger Mitglieder) sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen zueinander in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hin. Die Konkretisierung ist über § 81 Abs. 1 Nr. 2 der Satzung überlassen.

Da künftig nur noch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind (vgl. § 77 Abs. 3), bedarf es der bisher in Absatz 1 enthaltenen Trennung nach ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern nicht mehr.

Die Stellung der Hausärzte als Lotsen im Gesundheitssystem soll gestärkt werden. Deshalb stellen sie einen Anteil der Mitglieder der Vertreterversammlung, der dem Anteil an den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung entspricht. Der Anteil der Psychotherapeuten bleibt wie bisher auf 10 v. H. aller Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung beschränkt (§ 80 Abs. 1a).

Zu Buchstabe b

Folgeregelung zu § 77 (Wegfall der außerordentlichen Mitglieder) und Absatz 1 Satz 3.

Zu Buchstabe c

Die Amtsdauer der Vertreterversammlung wird auf 6 Jahre verlängert. Entsprechend der bisher für die frühere Vertreterversammlung und den Vorstand geltenden Regelung wird auch künftig auf die Amtsdauer der Organe abgestellt, so dass sich die Amtszeit solcher Organmitglieder, die erst durch Nachrücken oder Nachwahl im Verlaufe der Wahlperiode in die Vertreterversammlung eingetreten sind, entsprechend verkürzt.

Zu Nummer 37 (§ 81)

Folgeänderung zu § 79 Abs. 1.

Zu Nummer 38 (§ 81a)**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, innerhalb ihrer Organisation verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungseinrichtungen zur Korruptionsbekämpfung einzurichten. Sie stellen ein weiteres Element dar, um den effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich zu stärken. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 SGB X wahr. Daher können sie die innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen vorhandenen personenbezogenen Daten zu Zwecken des Absatzes 1 verwenden.

Zu Absatz 2

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen untereinander und mit den Krankenkassen zusammenarbeiten, indem sie u. a. Erfahrungen austauschen und sich wechselseitig Hinweise geben. Ihre jeweilige Verantwortlichkeit bleibt erhalten. Absatz 2 rechtfertigt nicht die Übermittlung von personenbezogenen Daten.

Zu Absatz 3

Die Verpflichtung zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft soll die Selbstreinigung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung fördern und zugleich verhindern, dass die Institutionalisierung des Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen passives Verhalten der Beteiligten bestärkt. Bei Pflichtverletzung kommt eine Strafbarkeit nach § 258 StGB (Strafvereitelung) in Betracht. Fälle von nicht geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung (Bagatellfälle) sind nicht mitteilungsspflichtig, auch damit nicht ein allgemeines Klima des Misstrauens insbesondere in dem komplexen Verhandlungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung erzeugt wird.

Zu Absatz 4

Die regelmäßige Berichtspflicht des hauptamtlichen Vorstandes gegenüber der ehrenamtlichen Vertreterversammlung schafft Transparenz und fördert ebenfalls die Selbstreinigungskräfte. Dies gilt auch für die Verpflichtung zur Weiterleitung der Berichte an die Aufsichtsbehörden.

Zu Nummer 39 (§ 82)

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2 durch die die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Nummer 40 (§ 83)

Die Überprüfung der Rechtmäßigkeit und der sachlichen Richtigkeit der Leistungsabrechnung wird in § 106a (neu) geregelt. Deshalb kann der Absatz 2 entfallen.

Zu Nummer 41 (§ 84)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Durch die Regelung wird die bisher bestehende Verpflichtung der Vertragspartner der Gesamtverträge, Überschreitungen der vereinbarten Arzneimittelausgaben in den Gesamtverträgen zu berücksichtigen, präzisiert. Es wird klar gestellt, dass in den Gesamtverträgen die Einzelheiten für den Ausgleich von Überschreitungen der Arzneimittelausgabenvereinbarung zugunsten der Krankenkassen zu vereinbaren sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vertragsparteien können bei der Festlegung der Höhe des Ausgleichsbetrages insbesondere die Ursachen der Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens und die Einhaltung der Zielvereinbarungen berücksichtigen. Regressbeträge aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die zugunsten der Krankenkassen mit der Gesamtvergütung nach § 106 Abs. 5c verrechnet werden, mindern den Ausgleichsanspruch der Krankenkassen aus einer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens in entsprechender Höhe. Ein Ausgleich soll von den Ärzten aufgebracht werden, die unwirtschaftlich verordnet haben. Hierauf werden durchgeführte Regresse nach § 106 Abs. 5a und 5b aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen angerechnet. Die Vertragspartner des Gesamtvertrages sind gehalten, dies in ihrer Vereinbarung zu berücksichtigen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Eine Unterschreitung der vereinbarten Arzneimittelausgaben ist nach Maßgabe der Vereinbarungen in den Gesamtverträgen zugunsten der Kassenärztlichen Vereinigungen auszugleichen.

Zu Buchstabe b

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst auch die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung. Zur Förderung der Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags soll ein Anteil an den Gesamtvergütungen in Höhe von mindestens 0,5 vom Hundert für Information und Beratung der Vertragsärzte bereitgestellt werden. Aus dem bereitgestellten Betrag sollen außerdem diejenigen Ärzte, die messbare Erfolge bei der Wirtschaftlichkeit der verordneten Arzneimittel erreichen, einen Bonus als aufwandsbezogene Motivationsgebühr erhalten. Zur Erhöhung der Wirksamkeit dieses Anreizes soll der Bonus möglichst zeitnah, auch auf Grundlage der Schnellinformationen der Krankenkassen, verteilt werden. Dabei können Richtgrößenvolumen auch anteilig auf unterjährige Zeiträume aufgeteilt werden. Bei der Ausgestaltung der Regelung sind die zwischen den Arztgruppen bestehenden Unterschiede hinsichtlich ihres Verordnungsvolumens zu berücksichtigen; dadurch soll insbesondere erreicht werden, dass Arztgruppen, die aufgrund der Charakteristik ihres Fachgebietes von den vorgesehenen Maßnahmen nicht betroffen sind, durch die Finanzierung dieser Maßnahmen nicht unverträglich belastet werden. Vorbild für die gesetzliche Regelung sind bereits getroffene Vereinbarungen der Selbstverwaltung.

Zu Nummer 42 (§ 85)**Zu den Buchstaben a und b**

Redaktionelle Folgeänderungen der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die jeweils die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt. Absatz 2 Satz 6 verpflichtet die Vertragsparteien, Festzuschüsse auf der Grundlage von Leistungskomplexen (§ 87 Abs. 2d) zu bilden.

Zu Buchstabe c

Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass Beschlüsse der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen über die Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Auseinandersetzungen zwischen den Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen über die damit verbundenen Mehrausgaben behindert worden sind. Es wird deshalb klargestellt, dass solche Beschlüsse der Bundesausschüsse bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind. Dabei müssen finanzielle Entlastungseffekte, die sich durch die Herausnahme von Leistungen aus dem Leistungskatalog oder aufgrund von Rationalisierungseffekten bei der Weiterentwicklung des Leistungskatalogs ergeben, ebenfalls berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Buchstabe e**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung sieht vor, dass die Verbände der Krankenkassen stärker in die Mitverantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung genommen werden. Bisher wurde der Honorarverteilungsmaßstab einseitig von den Kassenärztlichen Vereinigungen – lediglich im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen – beschlossen. Dabei wurde häufig kritisiert, dass die Beschlüsse von den Interessen der beteiligten Arztgruppen beeinflusst worden sind mit der Folge einer Benachteiligung bestimmter, insbesondere kleiner Arztgruppen. Durch die vorgesehene vertragliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabs wird auf der regionalen Ebene eine gemeinsame Verantwortung der Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen für die Honorarverteilung eingeführt, wie sie auch auf der Bundesebene besteht: Der Bewertungsausschuss, der für die Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die vertragsärztlichen Leistungen verantwortlich ist, wird paritätisch aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen gebildet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Von der bisherigen Regelung zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sind die psychotherapeutischen Leistungen, die durch Ärzte erbracht wurden, die nicht ausschließlich, d. h. zu mehr als 90 vom Hundert, psychotherapeutisch tätig sind, grundsätzlich nicht erfasst worden. Diese Leistungen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen i. d. R. deutlich niedriger vergütet worden als die Leistungen von ausschließlich psy-

chotherapeutisch tätigen Ärzten. Dies hat insbesondere zu Problemen in bestimmten Bereichen der psychiatrischen und nervenärztlichen Versorgung geführt, da die hier tätigen Ärzte vielfach nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, sondern psychotherapeutische und psychiatrische bzw. nervenärztliche Leistungen in einem bestimmten Umfang substitutiv erbringen. Die neue Regelung sieht deshalb vor, dass psychotherapeutische Leistungen, die von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Fachärzten für Nervenheilkunde sowie von Fachärzten für psychotherapeutische Medizin erbracht werden, von der Regelung generell erfasst werden, also auch dann, wenn sie nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die bisherige Soll-Vorschrift wird in eine verbindliche Vorgabe umgewandelt.

Die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina wird verbindlich vorgegeben. Dadurch soll erreicht werden, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet werden und den Ärzten insoweit Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und -einkommen gegeben wird. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden; damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es wird klargestellt, dass die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen Bestandteil der Honorarverteilungsmaßstäbe nach Satz 2 sind.

Zu Buchstabe f**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die bisherige Regelung sah bereits vor, dass der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Honorarverteilung, insbesondere zur Aufteilung der Gesamtvergütungen auf Haus- und Fachärzte sowie zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der Psychotherapeuten, beschließt. Zusätzlich wird dem Bewertungsausschuss die Kompetenz übertragen, Vorgaben für die Umsetzung von Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Menge der abrechneten Leistungen der Vertragsärzte, insbesondere zur Umsetzung der Regelungen zu den Regelleistungsvolumina, zu beschließen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die von der Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen auf der Bundesebene (Bewertungsausschuss) und auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Regelungen zur Honorarverteilung kompatibel sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass der Bewertungsausschuss die von ihm zu treffenden Entscheidungen zur Honorarverteilung auf einer validen und ausreichenden Datengrundlage treffen kann.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit dieser Regelung soll die Transparenz über die Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden, die für die Wahrnehmung der dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 87 Abs. 6 übertragenen Kompetenzen erforderlich ist.

Zu Nummer 43 (§ 87)**Zu Buchstabe a**

Folgeregelung zur Einführung des elektronischen Rezeptes bis spätestens zum 1. Januar 2006; die jetzt in Papierform vorhandenen Verordnungsblätter sollen in gleichem Umfang in die elektronische Form übernommen werden.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Zur Verbesserung der Transparenz der Leistungsbewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie zur Verbesserung der Wirksamkeit der Abrechnungsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (siehe § 106a (neu)) sollen die im EBM aufgeführten Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden. Solche kalkulatorischen Zeitwerte sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Vorbereitung von Entwürfen für eine Reform des EBM und im Rahmen von Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung der Abrechnungsprüfungen bereits entwickelt worden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass bei der Bewertung der Leistungen im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik mögliche Stand einer rationellen Leistungserbringung zugrunde zu legen ist. Werden bei der Erbringung von Leistungen medizinisch-technische Geräte genutzt, so ist nicht von einer Beschränkung auf die im Rahmen von Einzelpraxen erreichbare Auslastung dieser medizinisch-technischen Geräte auszugehen. Soweit eine wirtschaftliche Auslastung der Geräte im Rahmen von Einzelpraxen im Regelfall nicht möglich ist, ist davon auszugehen, dass entsprechende Geräte nur in kooperativen Versorgungsformen, z. B. Gemeinschaftspraxen oder Kooperationen von Praxen und Krankenhäusern, genutzt werden.

Zu Buchstabe c**Zu Doppelbuchstabe aa**

Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, neben der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen auch Fallpauschalen zu bestimmen. Es wird klargestellt, dass bei der Festlegung der Fallpauschalen und Leistungskomplexe die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen zu berücksichtigen sind: so ist i. d. R. der anfallende Behandlungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis höher, da in der ko-

operativen Versorgungsform oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind.

Fallpauschalen sollen festgelegt werden, soweit dies medizinisch sinnvoll ist und die dafür notwendigen verfahrensmäßigen Voraussetzungen – z. B. hinsichtlich der Kooperation verschiedener Ärzte – bestehen bzw. geschaffen werden können. Die Fallpauschalen sollen insbesondere dazu beitragen, den mit der Einzelleistungsvergütung verbundenen Anreiz zur Mengenausweitung zu begrenzen. Zur Förderung der Versorgung durch kooperative Versorgungsformen, beispielsweise Gesundheitszentren, sollen spezifische Fallpauschalen entwickelt werden, die den Besonderheiten dieser Versorgungsformen Rechnung tragen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass bei der Festlegung von Fallpauschalen Vorgaben zur Konkretisierung des damit verbundenen Leistungsumfangs zu treffen sind; bei der Festlegung von Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen sind Mindestanforderungen hinsichtlich der institutionellen Ausgestaltung der Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte zu treffen, um sicherzustellen, dass diese Fallpauschalen nur von den Versorgungsformen abrechenbar sind, die diesen Mindestanforderungen genügen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die im Rahmen von Hausarztssystemen angestrebte Stärkung der hausärztlichen Versorgung soll auf der Vergütungsseite dadurch flankiert werden, dass für die hausärztliche Betreuung eines in einem Hausarztmodell im Regelfall für mindestens ein Jahr eingeschriebenen Versicherten eine Vergütungspauschale vorgesehen wird. Soweit bestimmte Leistungen im Rahmen dieser Pauschale nicht adäquat vergütet werden können, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Die Vergütungspauschalen können so ausgestaltet werden, dass sie unter Berücksichtigung von Morbiditätsaspekten dem unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsaufwand für die Versicherten Rechnung tragen. Das setzt voraus, dass die entsprechenden morbiditätsbezogenen Klassifikationssysteme und die Verfahren für eine dementsprechende Einordnung der Patienten geschaffen werden.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit dieser Regelung wird für den einzelnen Arzt Klarheit und Transparenz darüber geschaffen, welche Leistungen er in seinem Fachgebiet abrechnen darf.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es wird klargestellt, dass Verfahrensregelungen zu treffen sind, die eine Mehrfachabrechnung der Vergütungspauschalen durch mehrere Ärzte verhindern.

Zu Doppelbuchstabe ff

Die Möglichkeit, bei der Bewertung von Leistungen eine Abstufung vorzunehmen, existiert bereits im geltenden Recht. Es wird klargestellt, dass bei einer Abstufungsregelung auf die Arztpraxis und nicht auf den einzelnen Vertragsarzt abzustellen ist. Zudem wird der Bewertungsausschuss beauftragt, die Leistungen – insbesondere die medi-

zinisch-technischen Leistungen – zu benennen, für die eine Abstufung erfolgen soll.

Zu Doppelbuchstabe gg

Die im bisherigen Satz 8 enthaltene Regelung zur Bestimmung von Obergrenzen für die abrechenbaren Leistungen (Praxisbudgets) wird durch die in § 85 Abs. 4 Satz 6, 7 und 8 vorgesehenen Regelungen ersetzt und kann deshalb entfallen.

Zu Buchstabe d

Die bisherige Regelung ist auch aufgrund von Unklarheiten des Regelungsinhaltes von den Beteiligten nicht umgesetzt worden. Die veränderte Formulierung stellt die Zielsetzung der Regelung klar und erweitert ihre Anwendbarkeit auf die Gesamtheit der medizinisch-technischen Leistungen. Dadurch können auch unerwünschte Auswirkungen – z. B. Ausweichreaktionen auf Leistungsbereiche, die der bisherigen Regelung nicht unterlagen – vermieden werden.

Zu Buchstabe e

Die Einführung von Festzuschüssen zielt insbesondere auf die Bildung von standardisierten Versorgungsformen bei der Versorgung mit Zahnersatz ab. Die bisherige „Kann-Bestimmung“ wird deshalb zu einer Verpflichtung ausgestaltet. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Bewertungsausschuss die in Angriff genommene Neubewertung einschließlich der Bildung von Leistungskomplexen im ersten Halbjahr 2003 auf der Grundlage des bisherigen Rechts beschließt.

Zu Buchstabe f

Um eine zügige und vollständige Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sicherzustellen, erhält das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Möglichkeit, den erweiterten Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 4) anzurufen oder eine Ersatzvornahme durchzuführen.

Zu Nummer 44 (§ 88)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift verpflichtet die Vertragsparteien, entsprechend zu den Regelungen in § 87 Abs. 2d, auch für zahntechnische Leistungen auf die zahnärztliche Leistungskomplexe abgestimmte Leistungskomplexe zu bilden.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift verpflichtet die Vertragsparteien auf Landesebene, nunmehr auf der Grundlage von Leistungskomplexen nach Absatz 1 Satz 2 für zahntechnische Leistungen Vergütungen und Festzuschüsse nach § 30 zu bilden. Die bisher in Absatz 3 geregelte Unterschreitung der Preise für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, wird übernommen und dem Leistungsanspruch der Versicherten auf Festzuschüsse nach § 30 Abs. 1 angepasst.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift übernimmt die Regelungen des geltenden Rechts in Absatz 2 Satz 3, sieht allerdings für die Kranken-

kassen eine Verpflichtung zur Information der Versicherten sowie der Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten mit zahntechnischen Leistungen vor. Versicherten wird damit die Möglichkeit gegeben, sich rational zu verhalten und den Versichertenanteil für zahntechnische Leistungen zu reduzieren.

Zu Nummer 45 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Die Regelung dient der Verbesserung der Schiedsamsregelungen, indem sie den unparteiischen Mitgliedern die Möglichkeit gibt, den Vertragsinhalt zu bestimmen, selbst wenn die Mehrheit des Schiedsamtes den vorgeschlagenen Vertrag ablehnt. Gelingt es den unparteiischen Mitgliedern nicht, auf diesem Wege einen Vertragsschluss zu bewirken und setzen sie den Vertragsinhalt auch nicht innerhalb einer von der zuständigen Aufsichtsbehörde gesetzten Frist fest, entscheidet die nach § 89 Abs. 5 für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde.

Das Schiedsverfahren bestimmt sich nach den Regelungen in der Schiedsamsverordnung. Der Schiedsspruch eines Schiedsamtes ist ein Verwaltungsakt in einer Angelegenheit des Kassenarztrechts, der vor den Sozialgerichten angefochten werden kann.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Änderung in Absatz 1.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Änderung des § 83.

Zu Nummer 45a (§ 90)

Zu § 90

Die Vertreter der Patienten und der Behinderten sollen zukünftig nicht nur auf Bundesebene bei der Ausgestaltung der Versorgung durch die Richtlinien der Bundesausschüsse mitwirken (vgl. § 92 Abs. 7b SGB V-E), sondern sie erhalten darüber hinaus auch die Möglichkeit, ihre Belange in die Entscheidungen der Landesausschüsse zur bedarfsgerechten Versorgung nach §§ 100 und 103 Abs. 1 bis 3 SGB V einzubringen.

Zu Nummer 46 (§ 92)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung präzisiert das den Bundesausschüssen vom Gesetzgeber aufgegebenes Normsetzungsprogramm (vgl. hierzu BSG vom 20. März 1996, Az.: 6 RK a 62/94, Methadon-Entscheidung und zuletzt BSG vom 19. Februar 2003, Az.: B 1 KR 12/01, Bioresonanztherapie-Entscheidung) nach Inhalt, Zweck und Ausmaß klarer als bisher. Der Gesetzgeber trägt damit der Forderung nach engmaschigeren Gesetzesvorgaben Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Als Folgeänderung zur Aufhebung des § 27a bedarf es künftig keiner Richtlinien mehr über die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.

Um die vertragsärztliche Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 Satz 3) durchführen zu können, wird den Vertragsärzten in § 95d Abs. 1 aufgegeben, sich fachlich fortzubilden und in § 95 Abs. 2b, die Erfüllung dieser Pflicht alle 5 Jahre gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen. Die Bundesausschüsse werden im Rahmen ihrer Kompetenz, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien zu beschließen, verpflichtet, Regelungen zum Inhalt und Umfang der Fortbildung aufzustellen, mit der die Erfüllung der Fortbildungspflicht nachgewiesen werden kann.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Bundesausschüsse werden verpflichtet, über die Umsetzung einer Empfehlung des Zentrums durch eine Richtlinie zeitnah (binnen 6 Monaten) durch Richtlinienbeschluss zu entscheiden. Sie können die Empfehlungen ganz oder teilweise in einem Richtlinienbeschluss übernehmen oder die Übernahme der Empfehlung ablehnen. Von der Empfehlung abweichende Beschlüsse sind gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu begründen. Hinsichtlich der Beanstandungsmöglichkeiten gilt der § 94. Dies bedeutet u. a., dass dann, wenn die Bundesausschüsse keinen Richtlinienbeschluss fällen, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu überprüfen hat, ob die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Beschlüsse zu Stande gekommen sind. Ist dies nicht der Fall, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 94 Abs. 1 Satz 3 die Richtlinien erlassen.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass die Vorgaben des § 73 Abs. 8 für den Preisvergleich von Arzneimitteln sowie für den Vergleich mit einem Referenzarzneimittel entsprechend anzuwenden sind.

Zu Buchstabe c

Die Beauftragte oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten, die oder der durch Kabinettsentscheidung eingesetzt wird, soll auf die Beachtung der Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen hinwirken und die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Patientenrechte ist die Schaffung von Beteiligungsrechten an Entscheidungen im Gesundheitswesen.

In den Bundesausschüssen nach § 91 sind Beteiligungsrechte hinsichtlich der Erstellung von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 für Patienten bisher nicht vorgesehen. Durch die Richtlinien wird festgelegt, welche Leistungen für die Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung zu erbringen sind. Die Entscheidungen über die Richtlinien berühren demnach unmittelbar die Interessen der Patienten, ohne dass diese bisher das Recht haben, an diesen Entscheidungen mitzuwirken. Seitens der Ärzteschaft, der Politik und der Krankenkassen wird zunehmend erkannt, dass die stärkere Einbindung der Patienten in die Arbeit der Bundesausschüsse geeignet ist, die Entscheidungen stärker an deren Bedürfnissen zu orien-

tieren und auch die Akzeptanz der Ausschussentscheidungen zu erhöhen.

Die mit dieser Regelung festgeschriebenen Beteiligungsrechte für die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sind ein wichtiger Schritt hin zu mehr Patientenbeteiligung in diesen Ausschüssen.

Zu Nummer 47 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Neben den Vertragsärzten können künftig auch Gesundheitszentren im Bereich der haus-, augen- und frauenärztlichen Versorgung mit den Vertragsärzten gleichberechtigt als zugelassene Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Soweit Gesundheitszentren andere fachärztliche Leistungen erbringen, ist dies nur aufgrund von Einzelverträgen nach § 106b möglich. Gesundheitszentren können als juristische Personen, z. B. als GmbH, oder als Gesamthandgemeinschaft (BGB-Gesellschaft) von privaten oder öffentlichen Trägern betrieben werden. Sie erbringen ihre vertragsärztlichen Leistungen durch angestellte Ärzte. Auch andere Leistungserbringer (z. B. Pflegedienste, Heilmittelerbringer etc.) können sich den Zentren anschließen und in enger Abstimmung mit den dort angestellten Ärzten Leistungen erbringen. Es ist auch möglich, dass Vertragsärzte mit den zugelassenen Gesundheitszentren zusammenarbeiten und Einrichtungen des Gesundheitszentrums mitnutzen, soweit dies mit den für die vertragsärztliche Tätigkeit geltenden rechtlichen Bestimmungen vereinbar ist. Diese enge Kooperation verschiedener Leistungserbringer wird in den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 in den neuen Bundesländern bereits mit Erfolg durchgeführt. Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Mit den zugelassenen Gesundheitszentren soll eine neue Versorgungsform ermöglicht werden, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt. Es soll jedoch nicht ermöglicht werden, dass Krankenhäuser regelhaft in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Deshalb gelten Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 107 nicht als Gesundheitszentren, die eine Zulassung erhalten können. Die Zulassung eines Zentrums erfolgt durch den Zulassungsausschuss für den Ort der Betriebsstätte und nicht für den Ort des Sitzes des Trägers des Gesundheitszentrums. Über die Regelung des § 72 Abs. 1, wonach die Vorschriften, die für die Vertragsärzte gelten, auch auf die Gesundheitszentren Anwendung finden, gelten auch die vom Bundessozialgericht entwickelten Grundzüge zur Genehmigung von Zweigpraxen (BSGE 77, 188). Danach bedarf ein Gesundheitszentrum, das Leistungen nicht nur in seiner Betriebsstätte, sondern parallel auch in einer örtlich getrennten Betriebsstätte anbieten will, der Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis

durch die Kassenärztliche Vereinigung. Dagegen sind ausgelagerte Praxisstätten ohne Genehmigung rechtlich zulässig.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Änderung des § 73 Abs. 1a Satz 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt sicher, dass die für die Zulassung von Vertragsärzten notwendige Eintragung in das Arztregister (Approbation und Facharztweiterbildung) auch für angestellte Ärzte in zugelassenen Gesundheitszentren gilt. Außerdem müssen sie haus-, augen- oder frauenärztlich tätig sein (Satz 4). Die Zulassung des Gesundheitszentrums sowie die spätere Anstellung weiterer Ärzte sind nur möglich, wenn der Planungsbereich für die jeweiligen Arztgruppen nicht wegen Überversorgung gesperrt ist (Satz 7). Die in den zugelassenen Gesundheitszentren angestellten Ärzte werden bei der Feststellung des Versorgungsgrades mitberücksichtigt, vgl. § 101 Abs. 4.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 2b

Die notwendige Konsequenz der in § 95d geregelten Fortbildungspflicht ist, dass ein Vertragsarzt, der der Pflicht zur Fortbildung nicht nachkommt, nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen darf. Zur Durchsetzung dieser zulassungsrechtlichen Konsequenz ist in Satz 1 geregelt, dass der Vertragsarzt alle fünf Jahre gegenüber dem Zulassungsausschuss nachweisen muss, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Kann der Vertragsarzt den Nachweis nicht erbringen, hat der Zulassungsausschuss ihm – unabhängig davon, ob ihn ein Verschulden trifft – eine Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn dabei auf die Folge der Nichterfüllung der Nachweispflicht hinweisen, damit der Vertragsarzt von den vertragsärztlichen Konsequenzen mangelnder Fortbildung (Zulassungsentziehung) nicht überrascht wird (Satz 3). Die Sanktion des Zulassungsentzuges bei Nichterfüllung der Pflicht, alle fünf Jahre eine erneute Fortbildung nachzuweisen, bewirkt, dass der Vertragsarzt, der an einer Fortsetzung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit interessiert ist, sich rechtzeitig um einen Fortbildungsnachweis gemäß § 95d – und damit um die Teilnahme einer entsprechenden Fortbildungsmaßnahme – kümmert. Die Neuregelung sichert also zulassungsrechtlich die Einhaltung der zur qualitätsgesicherten Behandlung des Versicherten notwendigen Fortbildungsverpflichtung des Vertragsarztes und trägt gleichzeitig dessen Interesse an einer zumutbaren – und damit verhältnismäßigen Ausgestaltung der Erfüllung dieser vertragsärztlichen Rechtspflicht Rechnung. Endet die Zulassung aufgrund des Wegzuges des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines bisherigen Kassenarztsitzes und lässt sich der Vertragsarzt in einem anderen Planungsbereich nieder, so beginnt keine neue Fünfjahresfrist, sondern die bisherige Frist läuft weiter (Satz 4).

Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung bezweckt, dass das Wissen des Vertragsarztes, das er bei Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit durch die Facharztqualifikation nachge-

wiesen hat, weiterhin dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entspricht. Sie ist deshalb keine völlig neue, für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit wesensfremde Verpflichtung, sondern sichert auf der Ebene der Strukturqualität lediglich die für jeden Vertragsarzt geltende Verpflichtung, die Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts zu erbringen. Daraus folgt, dass die Erfüllung der Pflicht zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung auch für die Inhaber bisheriger Zulassungen – sog. Altrechtsinhaber – zumutbar und damit verhältnismäßig ist, zumal zur Erfüllung dieser Zulassungsvoraussetzung ein Zeitraum von fünf Jahren zur Verfügung steht (Satz 6). Dass dies ein ausreichend bemessener Zeitraum ist, ist z. B. daran zu erkennen, dass in den einheitlichen Bewertungskriterien der Bundesärztekammer als Voraussetzung für das freiwillige Fortbildungszertifikat von dem Erwerb von 150 Fortbildungspunkten innerhalb von drei Jahren ausgegangen wird. Auch das Bundessozialgericht hat in einem Fall, in dem ein Vertragsarzt bezweifelte, dass die von dem Bundesmantelvertragspartnern nach § 135 Abs. 2 neu eingeführten Qualifikationsanforderungen auch für ihn Geltung hätten, da er diese Leistungen bereits in der Vergangenheit erbracht hatte, festgestellt (Zytologieentscheidung vom 18. März 1998 – B 6 KA 23/97 R), dass eine Verpflichtung des Gesetzgebers, die Übergangsregelung selbst oder durch entsprechende Vorgaben an einen untergesetzlichen Normgeber so zu gestalten, dass Altrechtsinhaber stets von der neuen und zulässigen Qualifikationsanforderung unbehelligt zu bleiben haben, nicht bestehe. Vielmehr sei „auch hier eine am Ziel der berufsausübungsbeschränkenden Maßnahme orientierte Interessenabwägung dahin vorzunehmen, ob die so normierte Übergangsregelung die Altrechtsinhaber unzumutbar trifft“.

Zu Absatz 2c

Absatz 2c ist zu der Regelung in Absatz 2b eine Parallelregelung für zugelassene Gesundheitszentren. Es wäre jedoch unverhältnismäßig, die Zulassung des Gesundheitszentrums in Gänze – entsprechend der Regelung für zugelassene Ärzte in Absatz 2b – davon abhängig zu machen, dass es für jeden einzelnen Arzt die Fortbildung nachweist. Konsequenz eines nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ist daher, dass die Genehmigung für die Anstellung dieses Arztes zu widerrufen ist, d. h. dass das zugelassene Gesundheitszentrum vertragsärztliche Leistungen durch den betreffenden Arzt nicht mehr erbringen und abrechnen darf.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderungen regelt die Mitgliedschaft der in den zugelassenen Gesundheitszentren angestellten Ärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Da es sich bei den Fragen der ärztlichen Selbstverwaltung primär um Fragen der medizinischen Ausgestaltung der Versorgung handelt, ist es richtig, nicht die zugelassenen Gesundheitszentren, sondern die in den Gesundheitszentren haus-, augen- oder frauenärztlich tätigen Ärzte in der Selbstverwaltung zu beteiligen. Dies entspricht den vergleichbaren Regelungen in § 311 Abs. 4 für die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen nach § 311 Abs. 2. Auch dort sind die dort

angestellten Ärzte Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung gewährleistet, dass die vertraglichen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung für die zugelassenen Gesundheitszentren verbindlich sind.

Zu Buchstabe e

Durch die Ergänzung werden auch die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte zur ärztlichen Fortbildung verpflichtet.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung sieht vor, dass der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung auch dann beschließt, wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt worden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt die zugelassenen Gesundheitszentren im Hinblick auf den Beginn oder die Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit den Vertragsärzten gleich.

Zu Buchstabe g

Die Änderung stellt die zugelassenen Gesundheitszentren den Vertragsärzten gleich. Den Zentren ist die Zulassung zu entziehen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufgenommen wird. Die Zulassung ist auch zu entziehen, wenn z. B. das Zentrum durch seine Ärzte oder andere für das Zentrum handelnde Personen die vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Zu Buchstabe h

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt die zugelassenen Gesundheitszentren im Hinblick auf die Beendigung der Zulassung den Vertragsärzten gleich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Berechtigung von Ärzten in zugelassenen Gesundheitszentren, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln, endet mit Ende des Jahres, in dem sie das 68. Lebensjahr vollendet haben. Das Zentrum darf vertragsärztliche Leistungen nicht durch diese Ärzte erbringen lassen. Diese Regelung stellt die angestellten Ärzte in Gesundheitszentren den Vertragsärzten und den bei Vertragsärzten angestellten Ärzten gleich, die ebenfalls über das 68. Lebensjahr hinaus nicht ärztlich tätig sein dürfen. Außerdem wird durch die Regelung im zweiten Halbsatz sichergestellt, dass Vertragsärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit zugunsten einer Anstellung im Gesundheitszentrum aufgeben, bezüglich der Gesamtdauer ihrer ambulanten ärztlichen

Tätigkeit nicht schlechter gestellt werden, als wenn sie Vertragsärzte geblieben wären und dann bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen bis zu 20 Jahren vertragsärztlich hätten tätig sein können.

Zu Buchstabe i

Die Verpflichtung der Vertragsärzte zur Fortbildung wird auf die bei ihnen angestellten Ärzte erweitert.

Zu Nummer 48 (§ 95b)

Die Änderung bewirkt, dass die Sanktionen für Vertragsärzte bei Beteiligung an einem kollektiven Zulassungsverzicht auch für die Gesundheitszentren gelten.

Zu Nummer 49 (§ 95d)

Seit der Neuregelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 sind nur noch weitergebildete Ärzte zur Versorgung der Versicherten zugelassen. Diese regelhafte Voraussetzung des Facharztstandards hat der Gesetzgeber damals eingeführt, weil die fachärztliche Weiterbildung die erforderliche Basisqualifikation für die qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten vermittelt. Das Krankenversicherungsrecht enthält jedoch bisher keine Regelung, die absichert, dass der Vertragsarzt das Fachwissen, das er zu Beginn seiner Berufstätigkeit mitbringt, im Laufe seiner vertragsärztlichen Tätigkeit aktualisiert, indem er seine fachlichen Kenntnisse an die Fortschritte der Medizin anpasst. Das SGB V enthält bisher lediglich in § 135 Abs. 2 eine Kompetenz der Partner der Bundesmantelverträge, für die Erbringung spezieller Leistungen besondere (zusätzliche) Anforderungen an die Strukturqualität der Vertragsärzte zu stellen. Hiervon haben die Partner der Bundesmantelverträge in mehreren Vereinbarungen Gebrauch gemacht und dabei zum Teil auch geregelt, dass der Nachweis der fachlichen Befähigung nicht nur zu Beginn, sondern auch innerhalb festgelegter Zeiträume immer wieder nachgewiesen werden muss (vgl. z. B. die Vereinbarung zur invasiven Kardiologie sowie zur fachlichen Befähigung zur Kernspintomographie der Mamma). Eine generelle vertragsärztliche Pflicht, den Nachweis über die Übereinstimmung des eigenen Kenntnisstandes mit dem aktuellen medizinischen Wissen zu erbringen, besteht jedoch bisher nicht. Diese Lücke schließt die in § 95d geregelte Pflicht zur fachlichen Fortbildung der Vertragsärzte. Die Fortbildungspflicht ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Vertragsärzte die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandeln. Zwar sehen bereits die Kammer- oder Heilberufsgesetze der Länder (z. B. § 30 des Heilberufsgesetzes von Nordrhein-Westfalen) eine Fortbildungspflicht für die Heilberufe und darauf fußend die Berufsordnungen (z. B. § 4 der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer) eine Fortbildungspflicht für die Kammerangehörigen vor. Dennoch hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 z. B. „Mängel im Fortbildungsangebot, in der Inanspruchnahme, in der Förderung und verpflichtenden Regelung der ärztlichen Fortbildung“ festgestellt (vgl. Band II Ziffer 54). Der Sachverständigenrat führt aus: „Die vielfach konstatierte Verdoppelung des medizinischen Wissens pro Jahrzehnt betrifft zwar nicht immer Kenntnisse, die für jegliche ärztliche Tätigkeit versorgungs-

relevant werden, dennoch verändern sich die Auffassungen von und die Anforderungen an die „gute ärztliche Praxis“ deutlich innerhalb weniger Jahre. Um so gravierender sind die Mängel im Fortbildungsangebot, in der Inanspruchnahme, in der Förderung und verpflichtenden Regelung der ärztlichen Fortbildung zu betrachten. Auch ist in Deutschland wenig darüber bekannt, welche Ärzte diese Angebote in welcher Form und Häufigkeit und mit welcher Auswirkung auf die Patientenversorgung nutzen. Das Angebot ärztlicher Fortbildungsmöglichkeiten ist ebenso wie die Nachfrage sowohl quantitativ als auch qualitativ verbesserungsbedürftig. Zu kritisieren sind eine häufig unzureichende Praxisrelevanz, die Vernachlässigung praktischer und interpersoneller Kompetenzen sowie eine eingeschränkte Glaubwürdigkeit vieler Angebote durch mangelnde Neutralität oder Transparentmachung der Qualität der angeführten Evidenz. Darüber hinaus ist zu bemängeln, dass die Fortbildung ihre Funktion des Forschungstransfers zu langsam und zu unkritisch erfüllt habe.“ Diese Mängelanalyse, bezogen auf die bisher lediglich berufsrechtlich geregelte Pflicht zur fachlichen Fortbildung macht es notwendig, die Fortbildungsverpflichtung zur Absicherung der qualitätsgesicherten ambulanten Behandlung der Versicherten vertragsarztrechtlich zu verankern. Die Kompetenz des Bundesgesetzgebers nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist hierfür gegeben, denn wie das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung festgestellt hat (vgl. z. B. Zytologie-Entscheidung vom 18. März 1998 – B 6 KA 23/97 R und Kernspintomographie-Entscheidung vom 31. Januar 2001 – B 6 KA 24/00 R), gehören gesetzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung als Ausfluss des Sicherstellungsauftrages wie dieser zum Kernbereich des Vertragsarztrechts, so dass der Kompetenzbereich des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 12 GG nicht überschritten wird. Zweifel ergeben sich auch nicht aus dem Verhältnis der vertragsärztlichen zur berufsrechtlichen Regelungskompetenz, die den Landesgesetzgebern zusteht und die die Festlegung berufsrechtlicher Qualitätsstandards umfasst. Denn die Fortbildungsverpflichtung in § 95d steht nicht im Widerspruch zur berufsrechtlichen Fortbildungsverpflichtung, da die inhaltliche Ausgestaltung der Fortbildungsverpflichtung in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 2 Satz 2 Nr. 12 an die berufsrechtlichen Fortbildungsnachweise anknüpft und somit die landesrechtliche Kompetenz zur inhaltlichen Ausgestaltung berufsrechtlicher Tatbestände beachtet, Absatz 2 Satz 2 (vgl. zu einer ähnlichen Regelungstechnik in § 135 Abs. 2 die Arthroscopie-Entscheidung des BSG vom 6. September 2000 – B 6 KA 36/99 R, die Hausarzt/Facharzt-Entscheidung des BSG vom 18. Juni 1997 – B 6 KA 58/96 sowie den Nichtannahmebeschluss des BVerfG zur Hausarzt-/Facharztentrennung vom 17. Juni 1999 – 1 BvR 2507/97). Außerdem wird den Arbeitsgemeinschaften der Kammern bei der Erarbeitung der jeweiligen Richtlinien ein Anhörungsrecht eingeräumt (Absatz 2 Satz 4). Die Inbezugnahme berufsrechtlicher Fortbildungsnachweise, hat darüber hinaus den Effekt, das Interesse der einzelnen Kammern an bundesweiter Vereinheitlichung ihrer Fortbildungsanstrengungen zu verstärken und damit auch für den Vertragsarzt das Fortbildungsangebot über die Landesgrenzen hinweg interessant und transparent zu machen („Vereinheitlichung der Zertifizierungslandschaft“). Aufgrund dieser inhaltlichen und institutionellen Verknüpfung der berufsrechtlichen mit den vertragsärzt-

lichen Fortbildungsnachweisen wird eine Doppelbelastung der fortbildungspflichtigen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten vermieden. Es ist davon auszugehen, dass ein Leistungserbringer, der seiner vertragsärztlichen Fortbildungspflicht nachgekommen ist, damit auch seine berufsrechtliche Fortbildungspflicht erfüllt hat. Außerdem ist durch die in § 139b Abs. 1 Nr. 4 verankerte Verpflichtung der Bundesausschüsse, entsprechende Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin zu berücksichtigen, gesichert, dass nur wissenschaftlichen Ansprüchen genügende und nicht nur nationale, sondern auch internationale Fortbildungsmaßnahmen in den Richtlinien der Bundesausschüsse berücksichtigt werden. Die Richtlinien der Bundesausschüsse sind nach § 81 Abs. 3 Nr. 2 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich; es ist deshalb zweckmäßig, wenn der einzelne Arzt seine Fortbildungsaktivitäten an den Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin ausrichtet.

Um das Verfahren bei der Zulassungsverlängerung zu entzerren, erhält der Arzt die Möglichkeit, bereits während des laufenden Fünfjahreszeitraums nach § 95 Abs. 2b sich auf Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung darüber zu vergewissern, ob und inwieweit seine bisherigen Fortbildungsaktivitäten für die Erteilung oder Verlängerung der Zulassung nach § 95 Abs. 2b nachweisfähig sind (Absatz 2 Satz 3).

Die wissenschaftliche Neutralität der Fortbildungsinhalte wird durch die Anforderung in Absatz 1 Satz 3 gesichert: Danach kann der Vertragsarzt mit der Teilnahme an einer Veranstaltung, die ein produktbezogenes Sponsoring darstellt, seiner Fortbildungspflicht nach § 95d nicht genügen.

Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung in § 95d gilt gemäß § 72 Abs. 1 nicht nur für Ärzte, sondern auch für Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Allerdings sind bisher lediglich einige Ärztekammern ihrer gesetzlichen Pflicht zur Förderung der beruflichen Fortbildung der Kammerangehörigen nachgekommen und haben in Modellversuchen Fortbildungszertifikate angeboten; insbesondere bemüht sich die Bundesärztekammer um eine einheitliche Ausgestaltung der Fortbildung durch Aufstellung einheitlicher Bewertungskriterien für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats. Es ist zu erwarten, dass aufgrund der neu geregelten ausdrücklichen vertragsärztlichen Pflicht zur fachlichen Fortbildung auch für Zahnärzte qualifizierte Fortbildungsmaßnahmen angeboten werden.

Zu Nummer 50 (§ 100)

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen zur Feststellung von Unterversorgung und die zu ihrer Umsetzung im 7. Abschnitt der Bedarfsplanungs-Richtlinien getroffenen Regelungen waren unzureichend und weitgehend wirkungslos. So hatte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei der Feststellung, ob Unterversorgung vorliegt, einen großen Beurteilungsspielraum. Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen war Unterversorgung zu vermuten, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad bei der hausärztlichen Versorgung um 25 % und bei der fachärztlichen Versorgung um 50 % unterschritten wurde; diese Vermutung musste dann durch

Prüfung weiterer Kriterien in den Bedarfsplanungs-Richtlinien zur sicheren Feststellung verdichtet werden. Nuncmehr wird, wie in § 101 Abs. 2 Satz 1 für die Überversorgung festgelegt ist, gesetzlich geregelt, wann Unterversorgung vorliegt, damit eindeutig klar ist, wann entsprechende Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung zu ergreifen sind und damit auch klar ist, ab wann Krankenhäuser zur vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zuzulassen sind (vgl. § 116a).

Zu Nummer 51 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die bisher geltenden Regelungen zur Bedarfsplanung begrenzen die Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung, indem bei Überversorgung Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden. Künftig wird es Zulassungen nur noch in der haus-, augen- sowie in der frauenärztlichen Versorgung geben. In der übrigen fachärztlichen Versorgung wird der Neuzugang zur Versorgung künftig durch Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stattfinden (§ 73 Abs. 1a, § 106b). Die Regelungen über Zulassungsbeschränkungen in den zukünftig durch Einzelverträge zu organisierenden fachärztlichen Versorgungsbereichen haben daher keine Funktion mehr und sind deshalb zu streichen. Künftig ist es Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den vertragsschließenden Kassen, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen (§ 106b Abs. 5).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ermöglicht, dass in einem Gesundheitszentrum in überversorgten Gebieten Teilzeittätigkeit durch „Job-Sharing“ unter den gleichen Bedingungen wie bei Vertragsärzten möglich wird.

Zu Buchstabe b

Die Bedarfsplanungsregelungen für Psychotherapeuten sind aus den unter Buchstabe a erläuterten Gründen nicht mehr nötig. Der ehemalige Absatz 4 kann daher entfallen und durch einen neuen Absatz 4 ersetzt werden: Der neue Absatz 4 regelt, dass die Ärzte, die in einem Gesundheitszentrum angestellt sind, bei der Feststellung des Versorgungsgrades in einer Region im Rahmen der Bedarfsplanungsregelungen berücksichtigt werden, und zwar in dem Umfang, der ihrer vertraglichen Arbeitszeit entspricht. Diese Anrechnungsregelung ist Folge davon, dass für die Anstellung von Ärzten in zugelassenen Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 1 keine Vollzeitstätigkeit dieser Ärzte vorausgesetzt wird, denn – um familienpolitischen Bedürfnissen nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu entsprechen – soll eine individuelle Arbeitszeitgestaltung ermöglicht werden.

Zu Nummer 52 (§ 103)

Zu Buchstabe a

Die Änderung verdeutlicht, dass bei der Nachbesetzung von Hausarztpraxen zwar vorrangig Allgemeinmediziner zu berücksichtigen sind, es jedoch auch möglich ist, in besonderen Fällen (z. B. wenn kein Allgemeinmediziner zur Verfü-

gung steht) andere hausärztlich tätige Ärzte, z. B. Internisten, bei der Nachbesetzung zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Satz 1 ermöglicht, dass niedergelassene Ärzte in einer überversorgten Region ihren Zulassungsstatus aufgeben und künftig als angestellte Ärzte eines Gesundheitszentrums ihre Leistungen erbringen können. Der Zulassungsausschuss hat diese „Übertragung der Zulassung“ zu genehmigen. Der zweite Halbsatz ist die Konsequenz daraus, dass der in das Gesundheitszentrum wechselnde Vertragsarzt „seine Zulassung in das Gesundheitszentrum mitnimmt“ und deshalb eine Praxisübergabe seiner bisherigen Vertragsarztpraxis nicht möglich ist; anderenfalls würden trotz Zulassungsbeschränkungen zusätzliche Ärzte zugelassen werden. Die Veräußerung der Privatpraxis bleibt davon unberührt. In den Fällen, in denen die Zulassung endet und der Arzt nicht weiter tätig sein wird (z. B. Erreichen der Altersgrenze nach § 95 Abs. 7 oder Tod des Vertragsarztes) und die Praxis daher von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, kann die Praxis auch von einem Gesundheitszentrum übernommen und weitergeführt werden (Satz 2). In diesem Fall der „Übertragung“ einer Zulassung in ein Zentrum ist das in § 103 Abs. 4 und 5 beschriebene Verfahren, insbesondere die Bestimmung des Praxisnachfolgers durch den Zulassungsausschuss nach § 103 Abs. 4 zu beachten. Durch diese Möglichkeiten der „Übertragung“ der Zulassungen in ein Gesundheitszentrum werden die Möglichkeiten der Neugründung von Zentren verbessert, da auch bei Sperrung wegen Überversorgung neue Zentren gegründet werden können. Da die Übertragung „bedarfsplanungsneutral“ erfolgt, wird gleichzeitig vermieden, dass es zur Steigerung der Zahl der vertragsärztlichen Leistungserbringer kommt. Die Änderung in Satz 5 ermöglicht es, dass bei Beendigung der Tätigkeit eines Arztes in einem Gesundheitszentrum eine Nachbesetzung auch dann möglich ist, wenn die Region für weitere Zulassungen wegen Überversorgung gesperrt ist. Ähnlich wie die Praxisübergabe einer Vertragsarztpraxis in überversorgten Gebieten ermöglicht diese Regelung Gesundheitszentren, frei gewordene Arztstellen trotz Überversorgung neu zu besetzen; eine entsprechende Regelung enthält § 311 Abs. 2 Satz 9 für Einrichtungen nach § 311.

Zu Nummer 52a (§ 105)

Zu Buchstabe a

Schon nach bisherigem Recht gehört es zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, in Abhängigkeit von der gegebenen Versorgungssituation Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Danach ist es u. a. möglich, finanzielle Mittel für Sicherstellungszwecke zu verwenden, um z. B. gezielt Anreize für Vertragsärzte oder Niederlassungsinteressierte in ländlichen Regionen zu schaffen. Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass neben den mittelbar finanziell wirksamen Maßnahmen wie z. B. der Subventionierung einer für die Versorgung in einer bestimmten Region notwendigen Praxisausstattung auch unmittelbar wirksame Maßnahmen wie die Zahlung von „Sicherstellungsprämien“ in Form von Zu-

schlägen zum Honorar umgesetzt werden können, um eine bestehende Unterversorgung abzubauen.

Zu Buchstabe b

Der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet darüber, ob im Rahmen der Maßnahmen nach § 105 Abs. 1 Sicherstellungszuschläge an Ärzte zu gewähren sind. Zudem legt der Landesausschuss die Höhe der an die jeweiligen Ärzte zu zahlenden Sicherstellungszuschläge, die Dauer der Zahlungen und Kriterien zur Auswahl der Zahlungsempfänger fest. Zu finanzieren sind die Sicherstellungszuschläge jeweils zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und von den Krankenkassen. Die Krankenkassen entrichten ihren Anteil dabei zusätzlich zur Gesamtvergütung nach § 85. Der im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt für solche Maßnahmen in einem Kalenderjahr aufzuwendende Betrag ist dabei auf ein Finanzvolumen in Höhe von 1 vom Hundert der von den Krankenkassen an diese Kassenärztliche Vereinigung insgesamt gezahlten Gesamtvergütungen begrenzt. Über die Aufteilung der von den Krankenkassen insgesamt zu tragenden Finanzierungsbeiträge auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Zu Nummer 53 (§ 106)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In der Neuformulierung der Regelung ist die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten entfallen. Die Abschaffung dieser sog. Durchschnittsprüfung hat der Gesetzgeber wegen der mangelnden Effektivität und der konzeptionellen Unzulänglichkeiten dieser Prüfungsart bereits im Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1988 vorgegeben; nach einer Übergangszeit sollte diese Prüfungsart durch die mit dem GRG eingeführten Richtgrößen-Prüfungen bei Arznei- und Heilmitteln sowie durch sog. Zufälligkeitsprüfungen (Stichprobenprüfungen) ersetzt werden. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen hat diese gesetzlichen Vorgaben weitgehend missachtet. Die Zufälligkeitsprüfungen, die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 zu qualitätsorientierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen weiter entwickelt worden sind, wurden nach einer im Jahr 2002 abgeschlossenen Erhebung der Prüfdienste des Bundes und der Länder von den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Vertragspartnern auf Seiten der Krankenkassen in nicht mehr als 2 – von insgesamt 23 – Vertragsregionen, und dort nur rudimentär, umgesetzt. Die von den Prüfdiensten durchgeführte Untersuchung hat zudem bestätigt, dass die Durchschnittsprüfung ein qualitativ minderwertiges Prüfungsverfahren ist, da es ausschließlich auf statistischen Auffälligkeiten basiert und verdeckte Unwirtschaftlichkeiten nicht erkennbar werden. Insbesondere können die einzelnen Arztgruppen durch ihr Leistungs- und Ordnungsverhalten die Höhe der Durchschnittswerte – und damit der Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit – nachhaltig beeinflussen.

Für die Arznei- und Heilmittel-Verordnungen ist das Auslaufen der Durchschnittsprüfungen zum 31. Dezember 2003 bereits durch Artikel 3 § 2 des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes (ABAG) vom 19. Dezember 2001 vorgegeben worden. Bei den ärztlichen Leistungen kann die mit der Durchschnittsprüfung angestrebte Vermeidung einer übermäßigen Mengenausweitung der abgerechneten Leistungen sachgerechter durch andere Instrumente erreicht werden, insbesondere durch eine stringente Ausgestaltung und systematische Durchführung der sog. Plausibilitätsprüfungen der ärztlichen Leistungsabrechnungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106a (neu). Diese Prüfungen, die zukünftig Bestandteil der Prüfungen auf sachliche Richtigkeit und Rechtmäßigkeit der ärztlichen Abrechnungen sind, werden, wie die o. a. Erhebung der Prüfdienste des Bundes und der Länder ebenfalls offen gelegt hat, von den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr uneinheitlich durchgeführt und überwiegend in unzulänglicher Form. In diesem Gesetzentwurf sind deshalb Neuregelungen zu den Plausibilitätsprüfungen nach § 106a vorgesehen, die sich darauf richten, das Prüfungsverfahren effektiver auszugestalten und zu gewährleisten, dass alle Kassenärztlichen Vereinigungen diese Prüfungen für alle ärztlichen Leistungsabrechnungen durchführen.

Die Abschaffung der insoweit entbehrlichen Durchschnittsprüfungen soll zudem der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen einen Impuls geben, den gesetzlich vorgegebenen Übergang zu anderen Prüfungsformen, insbesondere zu den qualitätsorientierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (Zufälligkeitsprüfungen) in dem gesetzlich vorgegebenen Mindestumfang (Stichprobe von 2 v. H. der Ärzte pro Quartal) ohne weitere Verzögerungen durchzuführen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass die Ausgestaltung der Stichproben für die Zufälligkeitsprüfung Gegenstand der Prüfvereinbarung nach Absatz 3 (vgl. Buchstabe c Doppelbuchstabe bb) ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung aufgrund des Wegfalls der Durchschnittsprüfung (siehe Doppelbuchstabe aa); ferner wird klargestellt, dass der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen das vom Vertragsarzt zur Abrechnung eingereichte Leistungsvolumen zugrunde zu legen ist und etwaige Regelungen zur Honorarbegrenzung nicht vorab berücksichtigt werden. Dadurch sollen eine sachgerechte und unverfälschte Beurteilung der Behandlungs- und Ordnungsweise und ein transparentes Prüfungsverfahren gewährleistet werden.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Neufassung des Satzes 5 ist eine Folgeänderung zur Streichung der Prüfung nach Durchschnittswerten in Satz 1 Nr. 1 (vgl. Doppelbuchstabe aa).

Der bisherige Satz 6 wird als Folgeregelung zur Streichung der Prüfung nach Durchschnittswerten in Satz 1 Nr. 1 (vgl. Doppelbuchstabe aa) aufgehoben. Der neue Satz 6 über-

nimmt aus redaktionellen Gründen die bisher in Absatz 3 Satz 2 enthaltene Regelung unverändert.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die Notwendigkeit, in die Prüfungen auch die Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind, ist aufgrund zwischenzeitlich in Kraft getretener und weiterer in diesem Gesetz vorgesehener gesetzlicher Änderungen von Kostenerstattungsregelungen weggefallen. In Kostenerstattungsfällen nach § 13 Abs. 2 hat die Krankenkasse ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung in Absatz 2b soll dazu beitragen, eine zügige Umsetzung der Regelungen zu den Zufälligkeitsprüfungen nach bundesweit abgestimmten Verfahrensweisen zu gewährleisten. Dadurch soll auch ein Erfahrungsaustausch und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Regionen ermöglicht werden. Zugleich kann dadurch die spezifische Fachkompetenz der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf der Bundesebene, beispielsweise bei der Operationalisierung der im Rahmen der Zufälligkeitsprüfungen durchzuführenden Beurteilung der Indikation, der Effektivität und Qualität der Leistungserbringung (Absatz 2a), für den Umsetzungsprozess nutzbar gemacht werden.

Die Regelung in Absatz 2c ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere bei der Prüfung der Arzneimittel-Verordnungen, oft dadurch erheblich erschwert worden ist, dass die Krankenkassen dem Prüfungsausschuss die Originalverordnungsbelege oder Kopien dieser Belege (z. B. Printausdrucke der Images) der zu prüfenden Ärzte routinemäßig vorzulegen hatten. Die arztbezogene Zusammenführung der Unterlagen bei einer Vielzahl von Krankenkassen ist mit einem nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand verbunden und widerspricht der Intention des Gesetzgebers, der bei der Formulierung der Vorschriften für die Übermittlung der den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zugrunde zu legenden Daten (§§ 296 ff.) davon ausgegangen ist, dass die Prüfungen auf der Grundlage der in diesen Vorschriften aufgeführten Daten über die ärztlichen Leistungen bzw. Verordnungen – und nicht auf der Grundlage von Originalbelegen – durchgeführt werden. Effektiv und effizient können die Prüfungen nur durchgeführt werden, wenn die Daten auf elektronischen Datenträgern übermittelt und in dieser Form für die Prüfungsverfahren genutzt werden. Es wird deshalb in Absatz 2c klargestellt, dass die Prüfungen grundsätzlich auf der Basis der auf elektronischen Datenträgern übermittelten Daten durchzuführen sind. Falls ein Arzt Zweifel an der Richtigkeit der vorgelegten Daten äußert, hat der Prüfungsausschuss über die Einlassungen des Arztes zu befinden und zu entscheiden, ob eine Stichprobe aus Originalbelegen oder Kopien dieser Belege heranzuziehen ist, um die Richtigkeit der Daten zu überprüfen. Mit dieser Stichprobenprüfung in begründeten Einzelfällen bleibt das Prüfverfahren einerseits handhabbar und schützt andererseits den Arzt vor ggf. unberechtigten Regressen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung stellt zum einen klar, dass Gegenstand der Vereinbarung auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung die inhaltlichen Kriterien und die logistisch-organisatorische Durchführung der Prüfungen ist. Zum anderen wird klargestellt, dass die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Richtlinien (vgl. Buchstabe b) Inhalt der Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige Regelung dieses Satzes wird aus redaktionellen Gründen in Absatz 2 Satz 6 unverändert übernommen (vgl. Buchstabe a Doppelbuchstabe ee). Die Neufassung übernimmt aus regelungssystematischen Gründen das bisherige Bestimmungsverfahren für die Stichprobenprüfung aus § 297 Abs. 1 sowie den Inhalt des bisherigen Absatzes 2 Satz 2, zweiter Halbsatz.

Zu Buchstabe d

Die Zusammensetzung der bisher paritätisch aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gebildeten Prüfungsausschüsse wird dahingehend verändert, dass ein unabhängiger Vorsitzender zu berufen ist. Dadurch sollen eine effektivere Arbeitsweise der Prüfungsausschüsse gewährleistet und interessengeleitete Entscheidungen zugunsten einer Seite verhindert werden. Bei Stimmengleichheit zwischen den Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen entscheidet der Vorsitzende. Auch wird nicht mehr vorgegeben, dass der Prüfungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu bilden ist; er kann auch bei einem Landesverband der Krankenkassen gebildet werden. Das Einigungsverfahren über die Berufung des Vorsitzenden und des Stellvertreters sowie den Sitz des Prüfungsausschusses wird entsprechend der für die Bundes- und Landesausschüsse (vgl. § 90 Abs. 2 Satz 3, § 91 Abs. 2 Satz 3) geltenden Regelung ausgestaltet.

Zu Buchstabe e

Die organisatorisch-institutionelle Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 ist, wie eine von den Prüfdiensten des Bundes und der Länder (§ 274) durchgeführte Untersuchung bestätigt hat, eine zentrale Ursache für die geringe Effektivität und die gravierenden Umsetzungsdefizite bei diesen Prüfungen. Um die bestehenden Mängel zu beseitigen und die für eine effektive Durchführung der Prüfungen notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, werden Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse eingerichtet, denen die Aufgabe übertragen wird, die Datengrundlagen für die Prüfungen zu erstellen und die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relevanten Sachverhalte mit der dafür erforderlichen Fachkompetenz aufzubereiten. Die von der Geschäftsstelle erstellten Prüfungsunterlagen werden den Prüfungsausschüssen übermittelt und sollen eine valide Grundlage für die von diesen zu treffenden Entscheidungen sein.

Da die Wirtschaftlichkeitsprüfungen eine gemeinsame Aufgabe der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, soll es grundsätzlich möglich sein, die Ge-

schäftsstelle bei einem Verband der Krankenkassen, bei einer Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einer bereits im Land bestehenden Arbeitsgemeinschaft zu bilden. Die Beteiligten sollen sich unter Praktikabilitätsaspekten auf eine sachgerechte Lösung einigen; im Falle der Nicht-Einigung entscheidet die Aufsichtsbehörde.

Die fachliche Unabhängigkeit der Geschäftsstellen soll dadurch gewährleistet werden, dass die Entscheidungen über die Ausstattung mit Personal und Sachmitteln vom Prüfungsausschuss und nicht von der Institution getroffen werden, bei der die Geschäftsstelle gebildet wird.

Die Geschäftsstelle erstellt die Datengrundlagen für die Prüfungen, indem sie die ihr nach §§ 296 ff. zum einen von den Krankenkassen und zum anderen von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten über die ärztlich verordneten bzw. von den Ärzten erbrachten Leistungen zusammenführt. Durch die arztbezogene Zusammenführung dieser Daten werden die Voraussetzungen für eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise und der dabei zu beurteilenden Parameter, wie Indikation, Effektivität und Qualität der Leistungen gemäß Absatz 2a, geschaffen.

Da diese Aufgaben den Geschäftsstellen übertragen werden, kann der nach den bisher geltenden Regelungen vorgesehene Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen entfallen (vgl. dazu die Änderungen der §§ 296, 297). Die Neuregelung hat damit auch unter Datenschutzaspekten wesentliche Vorteile: Die Daten für die Zufälligkeitsprüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, bei denen Angaben über die ärztlichen bzw. ärztlich verordneten Leistungen mit versichertenbezieharen Daten (Versichertennummer) verbunden sind, werden zukünftig nur noch der Geschäftsstelle des jeweiligen Prüfungsausschusses übermittelt und nicht mehr zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ausgetauscht.

Nach der Regelung in Satz 4 sind für die Verarbeitung von Sozialdaten in der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses technische und organisatorische Maßnahmen einschließlich Dienstanweisungen zu treffen, um die datenschutzrechtlichen Anforderungen, insbesondere Zutritts-, Zugangs- und Zugriffskontrollen, angemessen zu gewährleisten.

In Satz 8 wird klargestellt, dass die Kosten der Prüfungsausschüsse sowie der Geschäftsstellen jeweils zur Hälfte durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen werden.

In Satz 9 wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ermächtigt, in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Näheres zur Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse, der Geschäftsstellen sowie der Entschädigung des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu bestimmen.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung im Zusammenhang mit der Einrichtung einer Geschäftsstelle zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Gewährleistung eines zügigen und effektiven Prüfungsverfahrens werden die Beschwerdeausschüsse, d. h. die Widerspruchsverfahren als Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes, abgeschafft und die Klagebefugnis gegen die Entscheidung der Prüfungsausschüsse auf die Betroffenen eingeschränkt. Eine Beschwerde seitens der Landesverbände der Krankenkassen kommt nicht in Betracht, so dass diesen keine Klagebefugnis einzuräumen ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben eine Klagebefugnis bei Maßnahmen, die aufgrund einer Prüfung ärztlicher Leistungen festgesetzt werden.

Der Wegfall der Beschwerdeausschüsse ist insbesondere im Zusammenhang mit dem Vorrang von freiwillig abgeschlossenen individuellen Vereinbarungen zwischen dem Arzt und dem Prüfungsausschuss gegenüber einer Regressfestsetzung (Absatz 5d) zu sehen. Einvernehmliche Regelungen zwischen Arzt und Prüfungsausschuss sollen unterstützt, streitige Verfahren zwischen den Prüfungsgremien und dem Arzt möglichst vermieden werden.

Ferner wird die Rechtsklarheit durch die mit diesem Gesetz eingeführte vertraglich zu bestimmende Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten (vgl. Absatz 5a Buchstabe g Doppelbuchstabe bb) sowie die Möglichkeit des Vertragsarztes, Vereinbarungen nach Absatz 5d zu treffen, erhöht. Die Abschaffung der Beschwerdeausschüsse führt vor diesem Hintergrund zu einer Entbürokratisierung und Beschleunigung des Verfahrens.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zur Abschaffung der Beschwerdeausschüsse. Es finden keine Widerspruchsverfahren mehr statt.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung zur Stundung bzw. Erlass des Erstattungsanspruchs der Krankenkassen auf Antrag des Vertragsarztes für den Fall einer wirtschaftlichen Überforderung des Arztes wird im Zusammenhang mit der neuen Ausgleichsregelung in Absatz 5c, nach der sich die von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung verringert, hier gestrichen. Zukünftig kann die Kassenärztliche Vereinigung eine entsprechende Regelung gegenüber dem Vertragsarzt bei wirtschaftlicher Gefährdung vorsehen. Vorrang vor einer Regressfestsetzung soll zukünftig eine freiwillig abgeschlossene individuelle Vereinbarung zwischen dem Arzt und dem Prüfungsausschuss haben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung sieht vor, dass Vereinbarungen zu treffen sind, wie die Praxisbesonderheiten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen berücksichtigt werden; dadurch soll für die einzelne Arztpraxis Rechtsklarheit geschaffen werden. Zu berücksichtigen sind insbesondere die Kosten spezieller Arzneimittel sowie statistische Besonderheiten der Arztpraxis, insbesondere aufgrund eines überdurchschnittlichen Anteils bestimmter, besonders kranker Patienten.

Der Wegfall der Bestimmungen ist eine Folgeänderung der Neuregelung des Ausgleichsverfahrens nach Absatz 5c.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zur Abschaffung der Beschwerdeausschüsse.

Zu Buchstabe h

Zur Prüfung der Beachtung der Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit § 35b Abs. 5 wird in Absatz 5b ein zusätzliches arztbezogenes Prüfungsverfahren eingeführt. Näheres soll in vertraglichen Regelungen über das Prüfungsverfahren nach Absatz 3 bestimmt werden. Die hierzu erforderlichen Datenübermittlungen sind in § 297a geregelt.

Absatz 5c regelt das Ausgleichsverfahren des durch den Prüfungsausschuss festgesetzten Rückforderungsbetrages der Krankenkassen gegenüber dem Vertragsarzt aufgrund individuell festgestellter Unwirtschaftlichkeit bei verordneten Leistungen, d. h. im Falle der Prüfung bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Absatz 5a) bzw. Prüfung auf Einhaltung der Richtlinien (Absatz 5b). Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Anteil am festgesetzten Rückforderungsbetrag wird der jeweiligen Krankenkasse vom Prüfungsausschuss mitgeteilt. Die Krankenkasse verrechnet den Betrag mit der nächsten an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden Gesamtvergütung (Satz 2). Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht nach Satz 3 in der entsprechenden Höhe ein Rückforderungsanspruch gegenüber dem betroffenen Vertragsarzt. Der Rückforderungsanspruch ist der Gesamtvergütung gutzuschreiben. Realisiert wird die Rückforderung durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes. Durch die Regelung wird das Verfahren des Ausgleichs von Rückforderungen auch für den betroffenen Arzt erleichtert, da der Betrag nicht mehr an eine Vielzahl von Krankenkassen einzeln zu erstatten ist. Das Ausgleichsverfahren über die Kassenärztliche Vereinigung bezieht sich ausdrücklich auf die vom Prüfungsausschuss festgesetzten Rückforderungsbeträge für unwirtschaftliches Ordnungsverhalten einer einzelnen Arztpraxis und ist somit keine neue Form der kollektiven Haftung. Satz 4 überantwortet die nach bisherigem Recht dem Prüfungsausschuss übertragene Kompetenz (vgl. § 106 Abs. 5a Satz 5), die Belastung des Vertragsarztes aufgrund von Rückforderungen bei wirtschaftlicher Gefährdung der Praxis zu verringern, auf die Kassenärztliche Vereinigung. Für den (Teil-)Verzicht auf die Rückforderungen kann die Kassenärztliche Vereinigung entsprechende Rücklagen bilden.

Der in Absatz 5d geregelte Verzicht auf die Festsetzung eines Regresses ist in den Fällen sachgerecht, in denen der Arzt sich verpflichtet, eine mit dem Prüfungsausschuss vereinbarte praxisbezogene Richtgröße einzuhalten. Durch die Regelung soll anstelle einer auf die Vergangenheit gerichteten Ausgleichspflicht eine für die Zukunft wirksame Begrenzung des Ordnungsvolumens der Arztpraxis gewährleistet werden.

Zu Buchstabe i

Folgeänderung zur Übernahme des Regelungsinhalts des § 83 Abs. 2 in den § 106a (neu).

Zu Buchstabe j

In Absatz 7 wird klargestellt, dass die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder die Rechtsaufsicht über die Prüfungsausschüsse und die Geschäftsstellen haben. Zur Verfahrenskontrolle wird zusätzlich eine Berichtspflicht eingeführt.

Zu Nummer 54 (§ 106a)

Als Bestandteil des ihnen übertragenen Sicherstellungsauftrags haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen gegenüber zu gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht und die Vertragsärzte die ihnen obliegenden Pflichten erfüllen. Dazu gehört auch die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, die von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungsunterlagen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu prüfen. Mit der Einführung des § 106a, der die bisher in § 83 Abs. 2 enthaltenen Regelungen übernimmt und konkretisiert, soll die Effektivität und Effizienz der Verfahren der Abrechnungsprüfung verbessert werden. Eine Erhebung der Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 zu Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen hat gezeigt, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen nur bei einem Teil der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Zudem sind die angewandten Prüfungsverfahren sehr unterschiedlich und ihre Wirksamkeit ist gering.

In Absatz 1 Satz 1 wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die sachliche und rechnerische Richtigkeit aller Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen haben. Festzustellen ist, ob die Abrechnungen mit den Abrechnungsvorgaben des Regelwerks, d. h. mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den Honorarverteilungsmaßstäben sowie weiteren Abrechnungsbestimmungen übereinstimmen oder ob zu Unrecht Honorare angefordert werden. Die unrechtmäßige Abrechnung kann neben einer Honorarkürzung zu weitergehenden Maßnahmen führen (siehe Absatz 3). Korrespondierend zur Vorgabe in § 295 Abs. 4, nach der die Abrechnung der Vertragsärzte nur noch maschinell verwertbar auf Datenträgern oder im Wege der elektronischen Datenübertragung zu erfolgen hat, erfolgt die sachlich-rechnerische Prüfung im Wege maschineller Prüferroutinen.

Integraler Bestandteil dieser sachlich-rechnerischen Prüfungen sind auch die sog. Plausibilitätsprüfungen. Bei der Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu prüfen. Für diese Prüfung ist nach Satz 3 ein Zeitrahmen anzuwenden, der vorgibt, welches Leistungsvolumen je Tag maximal abgerechnet werden kann und der von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene bundeseinheitlich festgelegt wird (Absatz 4). Durch die Möglichkeit, zusätzlich einen auf eine längere Periode bezogenen Zeitrahmen anzuwenden, soll diese Regelung auch flexibel durch die Vertragspartner in der Prüfung angewandt werden können. In Satz 4 wird klargestellt, dass bei der Überprüfung der ärztlichen Abrechnungen auf Plausibilität die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab angegebenen Zeitwerte zugrunde zu legen sind, soweit diese vorliegen (siehe Änderung zu § 87 Abs. 2).

In Satz 5 wird klargestellt, dass sich die Prüfungen auf das gesamte vom Vertragsarzt zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen beziehen; das Leistungsvolumen darf nicht im Hinblick auf honorarwirksame Begrenzungsregelungen vorab reduziert werden. Dadurch soll die Validität der Prüfungsergebnisse und die Transparenz der Leistungsabrechnung gewährleistet werden. Zugleich werden dadurch die Voraussetzungen für die Vergleichbarkeit der Leistungsabrechnung und der Prüfungsergebnisse in den verschiedenen Regionen geschaffen. Mit der in Satz 6 eröffneten Möglichkeit zur Einbeziehung von Vorquartalen in die Prüfung soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass eine sachgerechte Prüfung der Leistungsabrechnung häufig nur dann möglich ist, wenn Behandlungsabläufe über einen längeren Zeitraum transparent gemacht werden und das Abrechnungsverhalten für mehrere Quartale beurteilt werden kann. Die in Satz 7 vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen über Durchführung und Ergebnisse der Prüfungen zu unterrichten, trägt der Mitverantwortung der Krankenkassen für eine sachgerechte und effektive Abrechnungsprüfung Rechnung.

In Absatz 2 werden die Krankenkassen verpflichtet, die Leistungsabrechnungen u. a. auf der Grundlage der ihnen nach § 295 zu übermittelnden Daten hinsichtlich ihrer Leistungspflicht zu überprüfen. Das heißt, sie müssen z. B. überprüfen, ob Leistungen für bereits Verstorbene oder für Versicherte abgerechnet werden, für die kein Versicherungsverhältnis mehr besteht, oder ob parallel für einen Versicherten stationäre und ambulante Leistungen abgerechnet worden sind. Zudem wird klargestellt, dass die Kassenärztliche Vereinigung von den Krankenkassen über Durchführung und Ergebnisse der Prüfungen zu unterrichten ist.

Absatz 3 sieht vor, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit den in ihrer Region vertretenen Verbänden der Krankenkassen eine Vereinbarung zu den Prüfungen trifft. In der Vereinbarung sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen vorzusehen. Dies können neben einer Honorarkürzung u. a. Maßnahmen disziplinar- oder berufsrechtlicher Art, bis hin zur Einleitung von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren, sein.

Die nach Absatz 4 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu vereinbarenden Richtlinien sollen gewährleisten, dass Vereinbarungen über die Abrechnungsprüfungen, einschließlich der Plausibilitätsprüfungen nach bundesweit abgestimmten Kriterien durchgeführt werden und insoweit auch eine Gleichbehandlung aller Vertragsärzte gewährleistet ist.

Zu Nummer 55 (§ 106b)

Zur Lösung der in Wissenschaft und Praxis festgestellten Qualitätsmängel, insbesondere auch der Probleme der Unter-, Über- und Fehlversorgung (vgl. hierzu Bände II und III des Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) implementiert der Gesetzgeber wettbewerbliche Strukturen in die fachärztliche Leistungserbringung. Das heißt konkret, dass nicht mehr wie bisher im kollektivvertraglich organisierten System der Leistungserbringung jeder zugelassene Leistungserbringer an der Versorgung aller Versicherten teilnehmen kann, sondern die

Krankenkassen erhalten das Instrumentarium, mengen- und qualitätsgesteuert und damit zielgenau die notwendigen Leistungen für ihre Versicherten zu einem angemessenen Preis einzukaufen. Die Einführung eines Einzelvertragssystems verschärft den Wettbewerb sowohl der Leistungserbringer untereinander als auch der Kassen untereinander. Hierdurch werden Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Die auf diesen fachärztlichen Versorgungsbereich bezogene Sicherstellungsverpflichtung obliegt deshalb zukünftig den Krankenkassen und ihren Verbänden und nicht mehr den Kassenärztlichen Vereinigungen; dazu gehört auch die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Mit der Verpflichtung der Krankenkassen in Satz 1, die Sicherstellung zu gewährleisten, sorgt der Gesetzgeber dafür, dass den Versicherten in allen Regionen und bezogen auf alle fachärztlichen Leistungen in zumutbarer Entfernung ein Arzt zur Verfügung steht. Gelingt es den Krankenkassen nicht, die Sicherstellung zu gewährleisten, können sich die Versicherten die Leistungen selbst beschaffen und haben einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Leistung (§ 13 Abs. 3).

Zu Absatz 1

Operationalisiert wird diese Verpflichtung dadurch, dass ab dem 1. Januar 2005 (vgl. Artikel 25) die Krankenkassen oder ihre Verbände auf Landesebene (für die Ersatzkassen gilt § 212 Abs. 5 Satz 4) mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit den Fachärzten in dem Umfang Verträge zur ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten schließen, wie es zu einer qualitätsgesicherten Versorgung notwendig ist. Hierzu zählen alle Fachärzte – mit Ausnahme der Hausärzte (einschließlich der Kinderärzte), der Frauenärzte und der Augenärzte –, die die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister erfüllen, d. h. approbiert und weitergebildet sind, außerdem die Psychotherapeuten (vgl. § 28 Abs. 3 Satz 1) sowie die Gesundheitszentren. Bereits nach bisher geltendem Recht ist im Leistungsbereich der Dialyse eine Versorgung aufgebaut worden, die zum Teil auch von Zentren mit angestellten Ärzten durchgeführt wird (z. B. das Kuratorium für Heimdialyse). Um die Weiterentwicklung dieser bereits etablierten spezialärztlichen Versorgungsform auch im Einzelvertragssystem zu ermöglichen, ist es sinnvoll, eine Ausnahme vorzusehen, wonach die im Bereich der Dialyse tätigen Gesundheitszentren nicht fachübergreifend tätig sein müssen, um einen Vertrag abschließen zu können. Die Verträge können sowohl den ärztlichen wie auch den nichtärztlichen Leistungsanteil der Dialyse umfassen. Mit Krankenhausärzten können Verträge unter den gleichen Voraussetzungen und bezogen auf den gleichen Leistungsumfang geschlossen werden, wie bereits nach geltendem Recht (§ 116) Krankenhausärzte zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können. Zahnärzte werden weiterhin ausschließlich im vertragszahnärztlichen Versorgungssystem ihre Leistungen erbringen. Als Vertragspartner auf Kassenseite sind die einzelnen Krankenkassen und die Landesebene der Krankenkassen vorgesehen (Satz 1), weil dies die Stellen sind, die im Einzelvertragssystem zukünftig die Sicherstellungsverpflichtung haben (Absatz 5 Satz 1). Dabei stellt der Gesetzgeber es frei, auf welcher dieser Ebenen die Leistungs-

erbringerverträge geschlossen werden; außerdem ist es auch zulässig, dass mehrere Krankenkassen (auch unterschiedlicher Kassenarten) gemeinsam einen Vertrag mit Leistungserbringern schließen. Das Gesetz verlangt für den Vertragsschluss keinen vertragsärztlichen Zulassungsstatus; das impliziert, dass diese Leistungserbringer keinen vertragsärztlichen Zulassungsbeschränkungen unterliegen; es gilt für sie auch nicht die 55-Jahresgrenze für die Erstzulassung, jedoch die Altersgrenze von 68 Jahren. Diese Ärzte müssen außerdem – anders als ein Vertragsarzt – nicht im vollen Umfang der Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Der Versorgungsumfang wird durch den Einzelvertrag festgelegt. Die Auswahlmöglichkeiten der Versicherten („Arztwahlfreiheit“) werden künftig also um Leistungserbringer erweitert, mit denen ihre Krankenkasse oder der entsprechende Verband einen Vertrag geschlossen hat (§ 76 Abs. 1 Satz 1).

Zu Absatz 2

Die bedarfsgerechte Auswahl trifft zukünftig die den Einzelvertrag abschließende Krankenkasse oder der Krankenkassenverband. Dabei haben die Krankenkasse oder der Krankenkassenverband ein die Anforderungen an einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der potentiellen Leistungserbringer erfüllendes Auswahlverfahren zu beachten (vgl. BSGE 81, 189, 198). Die Auswahl muss deshalb nach objektiven und gerichtlich überprüfbaren Kriterien stattfinden und entsprechend begründet werden, damit der Leistungserbringer, der sich um den Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 Satz 1 bewirbt, die Möglichkeit hat, eine ablehnende Entscheidung nachzuprüfen, um ggf. Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen. Denn obwohl der Leistungserbringer keinen Anspruch auf Vertragsschluss hat (Absatz 2 Satz 1), muss gleichwohl das Auswahlverfahren in einer Weise geregelt werden, die den Anforderungen an einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Artikel 12 Abs. 1 GG (diskriminierungsfrei, transparent) Rechnung trägt (vgl. dazu auch BVerfGE 73, 280, 296). Durch das Verbot der Ausschließlichkeitsbindung in Satz 3 wird die Abschlussfreiheit der Leistungserbringer gewährleistet (vgl. § 16 GWB). Satz 4 stellt eine Ermessungsbindung der Vertragspartner auf Kassenseite dar für den Fall, dass die Leistungserbringer im zurückliegenden Zeitraum ihre vertragliche Leistungspflicht ordnungsgemäß erfüllt haben und weiterhin ein entsprechender Leistungsbedarf besteht; die Leistungserbringer erhalten damit langfristige Planungssicherheit.

Zu Absatz 3

Der Inhalt der Verträge wird so weit wie möglich der Ausgestaltung der Vertragspartner überlassen, da nur so qualitätsorientierter Wettbewerb entstehen kann. Es wird lediglich ein gesetzlicher Mindestrahmen vorgegeben, der sich bezieht auf die Basisqualifikation der Leistungserbringer, auf den in den Richtlinien der Bundesausschüsse konkretisierten Leistungskatalog, auf Regelungen zur preisgünstigen Arzneimittelverordnung und auf die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden besonderen Strukturqualitätsanforderungen nach § 135 Abs. 2 an die Erbringung spezieller fachärztlicher Leistungen. Bezogen auf die im Einzelvertragssystem zu erbringenden Leistungsinhalte bedeutet das, dass sie mit den fachärztlichen Leistungen iden-

tisch sind, die weiterhin im Kollektivvertragssystem erbracht werden. Das Aushandeln der Vergütung für diese Leistungen ist Sache der Vertragspartner; wegen entgegengesetzter, jedoch dispositiver berufsrechtlicher Regelungen, z. B. in § 12 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte und § 1 GOÄ, wird das Abweichen von den Amtlichen Gebührenordnungen ausdrücklich für zulässig erklärt. Der Grund für die gesetzlichen Vorgaben des Leistungskatalogs und des Mindestqualitätsstandards ist, dass nach dem Willen des Gesetzgebers die von dem Versicherten zu beanspruchenden Leistungen unabhängig von der einzelvertraglichen Aushandlung der Vertragsbedingungen zu sein haben und dass auch die zu vereinbarenden Qualitätsstandards mindestens den in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Qualitätsstandards entsprechen müssen. Qualitätsorientierter Wettbewerb darf nicht zu einer Leistungserbringung auf „Dumpingniveau“ führen. Im Zeitpunkt der gesetzlichen Implementierung des Einzelvertragssystems ist es sachgerecht, zur Konkretisierung dieser Qualitätsvorgaben auf die entsprechenden Normen im vertragsärztlichen Bereich zu verweisen, denn, obwohl das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung langfristig allein den Krankenkassen überträgt, wird kurz- und mittelfristig aufgrund der Übergangsregelungen in Absatz 7 die fachärztliche Versorgung zum großen Teil weiterhin im Kollektivvertragssystem organisiert werden.

Zu Absatz 4

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass die Verträge – entsprechend den Zulassungen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich, vgl. § 95 Abs. 2b – zu kündigen sind, wenn sich die vertragsschließenden Ärzte und Psychotherapeuten keiner Fortbildung unterzogen haben. Kann der Leistungserbringer den Nachweis der Fortbildung nicht erbringen, hat die Krankenkasse dem Leistungserbringer – unabhängig davon, ob ihn ein Verschulden trifft – eine Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn dabei auf die Folgen der Nichterfüllung bei Fortbildungsverpflichtung hinzuweisen, damit der Leistungserbringer von den Rechtsfolgen der Nichterfüllung der Fortbildungspflicht nicht überrascht wird. Allerdings führt diese Pflicht zur Nachfristsetzung naturgemäß nicht zur Verlängerung vertraglich befristeter Verträge, da Leistungserbringer von dem vertraglich vereinbarten Vertragsende nicht überrascht werden. Bezogen auf Gesundheitszentren wird die Behandlung durch fortgebildete Ärzte dadurch gesichert, dass der Vertrag bezüglich der Leistungen zu kündigen ist, die von (angestellten) Ärzten oder Psychotherapeuten durchgeführt werden sollen, für die das Zentrum den Nachweis der Fortbildung nicht erbringt.

Zu Absatz 5

Ab 1. Januar 2005 (vgl. Artikel 25) ist es Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der jeweiligen Krankenkassen, die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten (Absatz 4). Um bundesweit einheitliche Vorgaben für die Grundprinzipien der Organisation der ambulanten Versorgung im Vertragssystem zu schaffen, geben die Spitzenverbände hierzu erstmals bis zum 30. Juni 2004 im Verfahren nach § 213 Abs. 2 einheitliche Bedingungen vor. Die Vorgaben müssen insbesondere

bundesweite Regelungen für die einheitliche Handhabung der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung enthalten, da die Versicherten einen Anspruch auf Versorgung in zumutbarer Entfernung haben. Dabei ist dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Außerdem haben die Spitzenverbände Vorgaben für ein faires, allein an sachgerechten Auswahlkriterien orientiertes Vergabeverfahren aufzustellen. Darüber hinaus sind weitere Vorgaben, die ein bundesweit koordiniertes Vorgehen gewährleisten, zu regeln (Vergütungsstrukturen, Fortbildungspflicht der Leistungserbringer, Eignung und Qualität der ambulant tätigen Ärzte). Die zu regelnden Vorgaben an die Eignung sollen sich insbesondere an den Vorgaben für die Eignung zugelassener Ärzte nach §§ 20 und 21 Ärzte-ZV orientieren, mit Ausnahme der Regelung, wonach Ärzte vollzeitig der Versorgung zur Verfügung stehen müssen. Das heißt, die Ärzte müssen z. B. in dem erforderlichen Umfang der Versorgung zur Verfügung stehen, sie dürfen regelmäßig keiner weiteren ärztlichen Tätigkeit nachgehen, die mit ihrer ambulanten Tätigkeit nicht in Einklang steht. Die Qualitätsvorgaben ermöglichen es, über die geforderte Basisqualifikation hinaus (Facharztstandard, Geltung der Qualitätsvorgaben nach § 135 Abs. 2) weitere besondere Qualitätsanforderungen zu regeln. Die Spitzenverbände können außerdem mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen für die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung abgeben, die bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben zu berücksichtigen sind, z. B. Aussagen zu der Anzahl der benötigten Ärzte in einer Region im Verhältnis zur Zahl der Einwohner. Die Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an der Erarbeitung der Empfehlungen ist sachgerecht, da auf absehbare Zeit weiterhin auch Fachärzte, die keinen Vertrag nach § 106b schließen, sondern im Kollektivvertragssystem verbleiben, an der fachärztlichen Versorgung der Versicherten teilnehmen werden.

Zu Absatz 6

Absatz 6 trifft Vorkehrungen für den Fall, dass die Sicherstellung der Versorgung gefährdet ist. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen oder die Verbände von den bisherigen Vertragspartnern gleichsam als nachwirkende Vertragspflicht für längstens 6 Monate die Fortsetzung der Leistungserbringung in dem bisherigen Umfang und zu den bisherigen Vertragsbedingungen verlangen. Diese Möglichkeit besteht allerdings nur dann, wenn den Leistungserbringern die weitere Leistungserbringung nicht unzumutbar ist (Satz 1), so z. B. wenn sie nicht die ärztliche Berufsausübung wegen Krankheit, Alters oder Berufswechsels beenden. Zum anderen wird den Krankenkassen oder den Verbänden die Möglichkeit gegeben, mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über ambulante Leistungen abzuschließen, wenn anderweitig durch Verträge mit Ärzten oder Gesundheitszentren eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist.

Zu Absatz 7

Die Übergangsregelungen in Absatz 7 gibt in Absatz 1 genannten Ärzten, sofern sie bisher zur vertragsärztlichen Ver-

sorgung zugelassen waren, die Möglichkeit, ihre Leistungen weiterhin (spätestens bis zum Ende der Zulassung mit Erreichen der Altersgrenze von 68 Jahren) auf der Grundlage des Kollektivvertragssystems zu erbringen und abzurechnen. Sie können jedoch auch für die Erbringung im Einzelvertragssystem nach Absatz 1 optieren und sich um einen Einzelvertrag bemühen. Diese Option, die Leistungserbringung im Rahmen des Kollektivvertragssystems zu beenden, muss der Arzt bezüglich seines gesamten Leistungsspektrums ausüben; die Beendigung lediglich bezogen auf einen Teil des Leistungsspektrums ist nicht zulässig. Denn anders als der Arzt, der bisher noch keine gesetzlich Versicherten behandelt hat und dessen individuelle Situation es deshalb als sachgerecht erscheinen lassen kann, nur bezogen auf einen Teil seines fachärztlichen Leistungsspektrums einen Vertrag nach Absatz 1 zu schließen, war der Arzt nach Absatz 7 bisher in vollem Umfang für die Versorgung der gesetzlich Versicherten tätig. Würde man ihm erlauben, die Erbringung seines Leistungsspektrums zu splitten, d. h. einen Teil seines Leistungsspektrums weiterhin im Rahmen des Kollektivvertragssystems zu erbringen, einen anderen Teil dagegen im Einzelvertragssystem, so bestände die Gefahr, dass er diese Auswahl nach individuellen betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten trafe (Rosinenpickerei), die zu Lasten der im Kollektivvertragssystem verbleibenden Kollegen ginge.

Sofern der Arzt im kollektivvertraglichen System verbleibt, hat er weiterhin die Rechte und Pflichten eines zugelassenen Arztes, d. h. er muss insbesondere in vollem Umfang der Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen; für die Erfüllung dieser der Sicherstellung der Versorgung dienenden Pflichten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verantwortlich, § 75 Abs. 2 Satz 1.

Da zukünftig die Erbringung fachärztlicher Leistungen (mit Ausnahme der Augen- und der Frauenheilkunde) nicht im vertragsärztlichen System stattfindet (§ 73 Abs. 1a Satz 2) und deshalb auch keine neuen vertragsärztlichen Leistungserbringer für diesen Bereich zugelassen werden, erstreckt sich der Anwendungsbereich der Regelungen zur Bedarfsplanung in §§ 99 ff. (einschließlich der Praxisübergabe in überversorgten Gebieten; § 103 Abs. 4) nicht mehr auf die Leistungserbringer dieser fachärztlichen Leistungen. Daraus folgt, dass die bisher im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Fachärzte bei Ende ihrer „Kassenzulassung“ ihre Praxis „freihändig“ veräußern können, also nicht mehr den Regelungen des § 103 Abs. 4 unterliegen. Sie werden genauso gestellt, als wenn bei Fortgeltung des vertragsärztlichen Systems die Zulassungsbeschränkungen für ihre betreffende Facharztgruppe aufgehoben worden wären; auch in diesem Fall hätte der bisherige Praxisinhaber seine Praxis „freihändig“, d. h. ohne Ausschreibung durch seine Kassenärztliche Vereinigung, veräußern können.

Zu den Absätzen 8 und 9

Die Regelungen der Absätze 8 und 9 beinhalten Vorgaben zur Bereinigung der Gesamtvergütung bei Beendigung der Teilnahme eines Leistungserbringers an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten im Zusammenhang mit dem Übergang des Sicherstellungsauftrags für die fachärzt-

liche Versorgung auf die Krankenkassen durch Einführung des Einzelvertragssystems.

Absatz 8 gibt in Satz 2 als Maßstab der Bereinigung den prozentualen Anteil des jeweils im letzten abgeschlossenen Kalenderjahres zu Lasten der Krankenkasse auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgerechneten und nach Durchführung mengenbegrenzender Maßnahmen sowie von Prüfungsmaßnahmen anerkannten Punktzahlvolumens des betreffenden Leistungserbringers am Punktzahlvolumen der Gesamtheit der Fachärzte vor. Die Partner der Gesamtverträge können nach Satz 4 ein abweichendes Bereinigungsverfahren vereinbaren.

Satz 5 gibt den Vertragsparteien des Honorarverteilungsmaßstabs vor, durch entsprechende Bestimmungen eine Schlechterstellung solcher Fachärzte auszuschließen, die zur Teilnahme am Einzelvertragssystem nicht berechtigt sind (z. B. Frauenärzte). Solche Fachärzte erbringen weiterhin ihre vertragsärztlichen Versorgungsleistungen im Rahmen der Kollektivversorgung, für die die Krankenkasse weiterhin mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung entrichtet. Eine Benachteiligung bei der Honorierung wird z. B. dadurch vermieden, dass die Honoraranteile solcher Facharztgruppen im Zusammenhang mit der Bereinigung der Gesamtvergütung nicht abgesenkt werden dürfen.

Im Ergebnis erfolgt durch die Bereinigung ein sukzessives Abschmelzen der von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung entrichteten Gesamtvergütung als Folge des Übergangs der Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Versicherten auf die Krankenkasse durch Einzelverträge.

Zu Absatz 10

Für die kollektivvertragliche Leistungserbringung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 SGB V die Pflicht zur Qualitätsprüfung im Einzelfall; die gesetzliche Grundlage für den dafür notwendigen Datenfluss ist in § 285 Abs. 1 Nr. 6 SGB V geregelt. Für die Leistungserbringung im Einzelvertragssystem wird diese Pflicht zur Qualitätsprüfung in Absatz 10 den Krankenkassen übertragen, der dafür notwendige Datenfluss ist in § 284 Abs. 1 Nr. 12 SGB V-E geregelt.

Zu Nummer 56 (§ 108)

Ab 2007 werden die Regelungen über den Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, geändert (siehe auch Begründung zu § 109). Dem trägt die Änderung dieser Grundnorm über die zur Behandlung GKV-Versicherter zugelassenen Krankenhäuser, die am 1. Januar 2007 in Kraft tritt, Rechnung. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes tritt in ihrer Bedeutung hinter dem Abschluss eines Versorgungsvertrages zurück; die Versorgungsvertragskrankenhäuser werden demzufolge an erster Stelle im Gesetzestext genannt. Ein Krankenhaus, das nach dem 1. Januar 2007 in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder beispielsweise eine neue Abteilung erhält, ist nicht mehr automatisch zur Behandlung GKV-Versicherter zugelassen, benötigt vielmehr einen ausdrücklichen Versorgungsvertrag. Für diesen Versorgungsvertrag sind die Rahmenvorgaben nach

§ 109a von maßgeblicher Bedeutung, die somit neben die herkömmliche Krankenhausplanung der Länder treten und den Versorgungsbedarf für die GKV beschreiben. Das GKV-Zulassungsrecht für Hochschulkliniken bleibt unverändert.

Zu Nummer 57 (§ 109)

Ab 2007 entfällt für die Zukunft der Automatismus zwischen Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und Zulassung des Krankenhauses zur Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2007 in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, gelten im Umfang ihres – durch die Festlegungen des Krankenhausplanes und der darauf beruhenden Feststellungsbescheide bestimmten – Versorgungsauftrages weiterhin als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Krankenhäuser, die nach diesem Zeitpunkt in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden, benötigen – um Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen zu können – einen Versorgungsvertrag mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene, die diesen nur gemeinsam abschließen können. Gleiches gilt für Änderungen des Versorgungsauftrages, der Leistungsstruktur oder der Bettenzahl, die künftig – unabhängig von eventuellen Festlegungen im Krankenhausplan – allein durch ausdrücklichen Versorgungsvertrag zugelassen werden (siehe Absatz 1).

Auf der Grundlage der nach § 109a vom Land und den Krankenkassenverbänden auf der Landesebene beschlossenen Rahmenvorgaben überprüfen die Vertragsparteien im Laufe des Jahres 2007 die bestehenden Versorgungsverträge der nach § 108 Nr. 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser und konkretisieren den Versorgungsauftrag erforderlichenfalls um Vereinbarungen zur künftigen Leistungsstruktur und Aufgabenstellung (siehe Absatz 1 Satz 4). Kommt eine Einigung nicht zu Stande, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam im Wege einer Teilkündigung nach § 110 unter den dort genannten Voraussetzungen eine Änderung des Versorgungsvertrages erreichen.

Absatz 2 zum Abschluss von Versorgungsverträgen, insbesondere zu den Voraussetzungen eines Vertragsschlusses, zum Beurteilungsspielraum der Kassenverbände und zum Auswahlverfahren zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, entspricht überwiegend dem geltenden Recht (Absatz 2 und 3). Neu als ausdrückliches Zulassungskriterium ist das Erfordernis der Gewähr für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung (siehe § 135a i. V. m. § 137); erforderlich ist vor allem die Prognose, dass der Bewerber um einen Versorgungsvertrag nach seiner Zulassung die für alle bereits zugelassenen Krankenhäuser vereinbarten Maßnahmen der Qualitätssicherung umsetzen wird. Weitere wesentliche Grundlagen für den Abschluss von Versorgungsverträgen und die Auswahlentscheidungen der Kassenverbände ergeben sich aus den Rahmenvorgaben nach § 109a.

Absatz 3 regelt die Beteiligungsrechte der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Rechtsweg für Klagen der Krankenkassen und der Krankenhäuser. Die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene werden verpflichtet, Abschluss, Änderung und Ablehnung

von Versorgungsverträgen der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde hat ein Beanstandungsrecht, wenn und soweit die Rahmenvorgaben nicht beachtet wurden. Beanstandet die Landesbehörde die Ablehnung eines Versorgungsvertrages und helfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Beanstandung innerhalb einer Frist von drei Monaten nicht ab, kann die Landesbehörde den Versorgungsvertrag für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen abschließen; eine auf Feststellung der Unwirksamkeit des Versorgungsvertrages gerichtete Klage vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit hat keine aufschiebende Wirkung (vgl. § 86a und b SGG). Im Falle einer Klage ist inzidenter auch zu prüfen, ob die Rahmenvorgaben durch die Regelung in § 109a gedeckt sind.

Absatz 4 entspricht im Wesentlichen dem geltenden Recht (Absatz 1 Satz 3 und Absatz 4). Die Zulassung zur Behandlung GKV-Versicherter kann sich nunmehr auch aus einem Versorgungsvertrag ergeben, den die zuständige Landesbehörde in dem in Absatz 3 Satz 4 genannten Ausnahmefall mit dem Krankenhausträger festgelegt hat (siehe Absatz 4 Satz 2).

Zu Nummer 58 (§ 109a)

Erstmals bis zum 30. Juni 2006 beschließt das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene auf der Grundlage des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems leistungsbezogene Rahmenvorgaben zu Art und Umfang der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten erforderlichen Krankenhauskapazitäten (ohne Standorte), die am 1. Januar 2007 in Kraft treten. Diese sind unter Berücksichtigung der Entwicklung des Versorgungsbedarfs fortzuschreiben. Hierbei ist auch ein etwaiger überregionaler Versorgungsbedarf zu berücksichtigen. Die Verbände der Krankenhausträger im Land erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Landesbehörde.

Die erstmalige Erstellung der Rahmenvorgaben erfolgt ausgehend von den im Jahr 2005 erbrachten Leistungen und unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen sowie medizinischer Neuerungen und Leistungsverlagerungen beispielsweise in den Bereich der ambulanten Versorgung.

Die Rahmenvorgaben sind bei Abschluss, Änderung und Kündigung eines Versorgungsvertrages zugrunde zu legen.

Zu Nummer 59 (§ 110)

Die Regelung vollzieht die Änderung der §§ 108, 109 und die Einfügung des § 109a auch für die Kündigung bzw. Teilkündigung von Versorgungsverträgen nach.

Nicht nur vorübergehend bestehende Defizite in der Qualitätssicherung können zur Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Krankenkassenverbände berechtigen (§ 110 Abs. 1 i. V. m. § 109 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1). Beurteilungsmaßstab sind insoweit insbesondere die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene gemäß § 137 für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbarten Maßnahmen der Qualitätssicherung (Verstöße gegen die Verpflichtung zur Qualitätssicherung gemäß § 135a). Ein Kündigungsgrund dürfte beispielsweise vorliegen, wenn das

Krankenhaus nicht in ausreichendem Maße qualifiziertes ärztliches Personal vorhält und deshalb die Versorgungsqualität gravierend gefährdet ist.

Die Krankenkassen auf Landesebene haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Diese hat ein Beanstandungsrecht, wenn und soweit die Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge nicht beachtet worden sind und – dies schränkt die Möglichkeit für das Land, einer Kündigung zu widersprechen, weiter ein – das Krankenhaus bzw. der Krankenhausteil für die Versorgung des Versicherten unverzichtbar ist.

Auch für eine Klage gegen die Kündigung eines Versorgungsvertrages bzw. gegen die Beanstandung einer Kündigung wird der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet, und zwar auch bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken (siehe Artikel 21). Im Falle einer Klage ist inzidenter auch zu prüfen, ob die Rahmenvorgaben durch die Regelung in § 109a gedeckt sind. Hat das Land eine Kündigung beanstandet und ist die Klage der Krankenkassen gegen die Beanstandung erfolgreich, wird die Kündigung mit Rechtskraft des Urteils wirksam.

Zu Nummer 60 (§ 111b Satz 3)

Die Regelung dient der Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Sachkompetenz und ihre Erfahrungen in die Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen einzubringen.

Die Rahmenempfehlungen nach § 111b definieren unter anderem Ziele und Inhalte medizinischer Vorsorge, legen Kriterien für die Vorsorgebedürftigkeit fest und erarbeiten Vorsorge- und Rehabilitationskonzepte. Patienten und behinderte Menschen als direkt Betroffene sollen deshalb an den Rahmenempfehlungen mitwirken können.

Mit der Regelung erfolgt eine Angleichung an § 13 Abs. 6 SGB IX, der die Beteiligung der Verbände behinderter Menschen an Empfehlungen der Rehabilitationsträger regelt.

Zu Nummer 61 (§ 113)

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2 und zur Neuregelung der Abrechnungsprüfungen in § 106a (neu).

Zu Nummer 62 (§ 115 Abs. 2)

Die Selbstverwaltungspartner auf der Landesebene (Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft) können seit 1993 nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 die in § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 festgelegten Fristen für die vorstationäre und die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus ändern. Ein entsprechender dreiseitiger Vertrag ist aber bisher in keinem Land zu Stande gekommen.

Die Befugnis, im Rahmen dreiseitiger Verträge Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung festzulegen, die von den gesetzlichen Fristen gemäß § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichen, entfällt nunmehr. Künftig können entsprechende Vereinbarungen zweiseitig von den Verbänden der

Krankenkassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landesebene geschlossen werden (siehe § 115a Abs. 2 Satz 4 neu).

Zu Nummer 63 (§ 115a Abs. 2)

Zu den Buchstaben a und b

Die Verlängerung der gesetzlichen Frist für die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus auf einen Monat und der Wegfall der bisherigen Begrenzung auf sieben Behandlungstage (innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung) dienen der weiteren Verbesserung der Verzahnung der stationären mit der ambulanten Versorgung. Hierdurch kann der Behandlungserfolg der stationären Versorgung nachhaltig gesichert werden. Die Verlängerung der Frist zur nachstationären Behandlung ist insbesondere wegen schwerwiegender Krankheitsbilder für eine intensivere und flexiblere Nachsorge sinnvoll.

Die Vergütung für die nachstationäre Behandlung erfolgt auf vertraglicher Grundlage gemäß § 115a Abs. 3 in pauschalierter Form auf der Landesebene außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Grundlage für die Vergütungsregelungen auf Landesebene ist die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Wirkung vom 1. Januar 1997 vereinbarte „Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3“. Danach wird die nachstationäre Behandlung vom Krankenhaus gegenüber der jeweiligen Krankenkasse pro Behandlungstag mit einer fachabteilungsbezogenen Pauschale abgerechnet. Die Bundesempfehlung ist in Landesverträge unverändert übernommen worden bzw. hat Geltung gemäß § 115a Abs. 3 Satz 4.

Von besonderer Bedeutung für die Vergütung der nachstationären Behandlung ist nunmehr § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des im Rahmen des Fallpauschalengesetzes vom 23. April 2002 beschlossenen Krankenhausentgeltgesetzes. Danach darf zusätzlich zu einer Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung nach § 115a nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Jede Fallpauschale vergütet die gesamte akutstationäre Behandlung innerhalb einer bestimmten Zeitspanne; die obere Grenze ist die Grenzverweildauer. Die jeweilige Grenzverweildauer ergibt sich aus dem bundesweiten Entgeltkatalog für Fallpauschalen. Wenn die nachstationäre Behandlung im Rahmen der jeweiligen Grenzverweildauer stattfindet, wird sie also nicht gesondert vergütet.

Zu den Buchstaben c und d

Mit dem Ziel, das Zustandekommen von Vereinbarungen über differenzierte Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus zu erleichtern und damit die Voraussetzungen für eine sachgerechte Vernetzung der Versorgung durch die flexible Einbeziehung des Krankenhauses in die Versorgungskette zu verbessern, wird die Befugnis zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen von der Ebene dreiseitiger Verträge auf die Ebene zweiseitiger Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Kranken-

kassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land verlagert (siehe Streichung von § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, zweiter Halbsatz). Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Land ist das Benehmen herzustellen; sie sind jedoch künftig nicht mehr Vertragspartei.

Für abweichende Fristenregelungen wird den Vertragsparteien die Verpflichtung auferlegt, eine Differenzierung nach Krankheitsbildern vorzunehmen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass nicht alle Krankheitsbilder eine Änderung der gesetzlichen Fristen in demselben Umfang erfordern. Die Orientierung an Krankheitsbildern bietet sich insbesondere bei chronisch verlaufenden Erkrankungen an, bei denen sich stationäre und ambulante Behandlungszeiträume abwechseln, z. B. ischämische Herzerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen. Die Vertragsparteien können auf diese Weise ein hohes Maß an differenzierender Behandlung gezielt auf den unterschiedlichen Verzahnungsbedarf bei den verschiedenen Erkrankungen sicherstellen.

Von einer gesetzlichen Festlegung spezifischer Fristen für bestimmte Maßnahmen oder Krankheitsbilder (z. B. Eigenblutentnahme, Epilepsiechirurgie) – nach dem Vorbild der Regelung für Organübertragungen – wird mit Blick auf die Notwendigkeit einer stetigen Anpassung der Fallgruppen an den Stand der medizinischen Entwicklung und den zur zielgenauen Beschreibung geeigneten Fallgruppen voraussehbar notwendigen hohen Differenzierungsgrad Abstand genommen.

Zu Nummer 64 (§ 115b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vergütung der Leistungen im Rahmen des ambulanten Operierens erfolgt sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch für die Krankenhäuser zurzeit auf der Grundlage der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Gebührennummern für zuschlagsfähige Operationen und Anästhesieleistungen, und zwar auf der Grundlage des dreiseitigen Vertrages zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 23. März 1993. Während die ambulanten Operationsleistungen von Vertragsärzten aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert werden, werden die entsprechenden Leistungen der Krankenhäuser unmittelbar von den Krankenkassen, also außerhalb des Krankenhausbudgets, vergütet.

Die Vereinbarung von Fallpauschalen für ambulante Operationsleistungen liegt bereits nach der geltenden Fassung von § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in der Vereinbarungskompetenz der Selbstverwaltungspartner. Dementsprechend planen die Selbstverwaltungspartner auch bereits seit längerem die Ersetzung der genannten EBM-Regelung durch ein Fallpauschalensystem für ambulante Operationen. Eine Einigung konnte bisher nicht erzielt werden. Nunmehr wird die Vergütung der ambulanten Operationsleistungen in Form von Fallpauschalen ausdrücklich als Gegenstand eines dreiseitigen Vertrages zum ambulanten Operieren vorgegeben. Durch eine finanzielle Steuerung über Fallpauschalen sollen unwirtschaftliche Leistungsausweitungen, die mit Einzelleistungsvergütungen tendenziell verbunden sind, vermieden werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige gesetzliche Frist zur gesonderten Benennung der im Regelfall ambulant durchführbaren Operationen in Absatz 1 Satz 2 (31. Dezember 2000) ist obsolet geworden. Die Selbstverwaltungspartner haben diesen Auftrag bis heute nicht umgesetzt. Auch auf diesen Bereich bezieht sich die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ab 2005 gemäß Absatz 4, falls die Selbstverwaltungspartner weiterhin untätig bleiben.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei der Festlegung von Fallpauschalen ist der damit verbundene Leistungsumfang jeweils zu konkretisieren. Dies wird in Absatz 1 Satz 3, erster Halbsatz, ausdrücklich hervorgehoben.

Der Gesetzgeber verpflichtet in Absatz 1 Satz 3, zweiter Halbsatz, die Selbstverwaltungspartner, die Vereinbarung von Fallpauschalen für ambulante Operationen bis zum 31. Dezember 2004 zu schließen (zur möglichen Ersatzvornahme durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ab 2005 siehe Absatz 4).

Zu Buchstabe b

Die Selbstverwaltungspartner wurden durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 beauftragt, den Katalog ambulant durchführbarer Operationen um stationärsersetzende Eingriffe zu erweitern, die im Regelfall ambulant durchführbaren Operationen gesondert zu benennen und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Eine Einigung wurde bisher nicht erzielt. Dennoch hat keiner der Selbstverwaltungspartner von seinem Recht auf Anrufung des Bundesschiedsamtes gemäß § 115b Abs. 3 Gebrauch gemacht. Um die infolge der Nichteinigung und der Nichtanrufung des Bundesschiedsamtes entstandene Blockade beheben zu können, wird nunmehr dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Befugnis verliehen, nach Ablauf einer vom Ministerium gesetzten angemessenen Frist das Bundesschiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen.

Zu Buchstabe c

Die bisherige Übergangsregelung in Absatz 4 ist obsolet. In Absatz 4 wird nunmehr für alle vertraglichen Regelungsbeirichte eine Verordnungsermächtigung zu Gunsten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geschaffen. Sie greift ein, soweit sich die Vertragsparteien über in § 115b Abs. 1 genannte Regelungsgegenstände nicht geeinigt haben und auch eine Entscheidung durch das Bundesschiedsamt bis Ende 2004 nicht zu Stande gekommen ist. Das BMGS wird dadurch insbesondere ermächtigt, nach Fristablauf eine Rechtsverordnung über ein Fallpauschalensystem für ambulante Operationen zu erlassen.

Zu Nummer 65 (§ 116)

Die Änderung stellt klar, dass die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung der Krankenhäuser künftig nur noch in den Bereichen

stattfindet, die in der Sicherstellungsverpflichtung der Kasernenärztlichen Vereinigungen verbleiben (vgl. § 73 Abs. 1a). In den übrigen fachärztlichen Versorgungsbereichen ist es künftig die Aufgabe der Krankenkassen, die Versorgung durch Verträge nach § 106b sicherzustellen.

Zu Nummer 66 (§§ 116a und 116b)**Zu § 116a**

Mit der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten wird eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Gleichzeitig wird durch die Änderung des § 100 Abs. 1 festgelegt, dass Unterversorgung bei Unterschreiten des allgemeinen Versorgungsgrades von 25 % anzunehmen ist (vgl. dazu Begründung zu § 100).

Zu § 116b**Zu Absatz 1**

Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen, mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen, erhalten zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme die Möglichkeit, auch Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung einzubeziehen. Damit können sie ihren an dem strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g teilnehmenden Versicherten eine Versorgung „aus einer Hand“ anbieten. Voraussetzung für die Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Behandlung ist, dass die besonderen Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung in strukturierten Behandlungsprogrammen für die jeweilige chronische Erkrankung die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser vorsehen und das betreffende Krankenhaus diese Anforderung erfüllt.

Zu Absatz 2

Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen, mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen, können mit Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen schließen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren den Katalog mit den Spitzenorganisationen der Krankenhäuser, um in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitliche Leistungsinhalte für diese Versorgungsformen sicherzustellen. Der Katalog enthält hochspezialisierte Leistungen, für deren Erbringung das Krankenhaus aufgrund der besonderen Qualifikation der Krankenhausärzte und der hohen Patientenfrequenz (Erfahrung und Routine), der vorhandenen Struktur (Kompetenzbündelung) und der Möglichkeit, Risiken in der Behandlung besser beherrschen zu können (Sicherheitsaspekt), besonders geeignet ist. Die einzuhaltenden Qualifikationsanforderungen ergeben sich – wie bei der Regelung in Absatz 1 – aus dem Verweis auf den Vertragstyp des § 106b.

Zu Nummer 67 (§ 117)**Zu Buchstabe a**

Künftig wird die fachärztliche Versorgung – ausgenommen die augen- und frauenärztliche Versorgung – nicht mehr nur

kollektivvertraglich durch zugelassene Ärzte und ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sichergestellt, sondern auch durch Verträge, die direkt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden (§ 106b). Insbesondere erfolgt der Neuzugang zur fachärztlichen Versorgung – ausgenommen die Augen- und Frauenärzte – künftig nicht mehr über die Erteilung einer Zulassung oder Ermächtigung, sondern durch Einzelverträge nach § 106b. Es ist daher folgerichtig, die Teilnahme von Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und 2 an der ambulanten Versorgung nicht mehr kollektivvertraglich durch Ermächtigungen, sondern ebenfalls vertraglich zu organisieren. Um den Einrichtungen weiterhin ihre ambulante Tätigkeit im Rahmen von Forschung, Lehre und Ausbildung zu ermöglichen, erhalten die Einrichtungen – wie nach altem Recht – einen Anspruch auf Teilnahme, der sich jedoch nicht auf die Erteilung einer Ermächtigung, sondern auf den Abschluss eines Vertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen richtet. Dieser Anspruch auf Vertragsschluss bezieht sich auch auf die Versorgungsbereiche, die in der übrigen ambulanten Versorgung weiterhin im Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben und kollektivvertraglich durch Erteilung von Zulassungen und Ermächtigungen und sichergestellt werden (haus-, augen- und frauenärztliche Versorgung, § 73 Abs. 1a und § 106b Abs. 1). Bereits nach geltendem Recht erfolgt lediglich der Zugang zur Versorgung durch Ermächtigungen der Zulassungsausschüsse (§ 117 Abs. 1 und 2). Die Vergütung erfolgt nach geltendem Recht nicht im Rahmen der zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung, sondern wird durch direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt (§ 120 Abs. 2). Deshalb ist es sinnvoll, künftig sowohl den Zugang zur Versorgung als auch die Vergütung in allen Bereichen (haus- und fachärztliche Versorgung) gleichsinnig zu regeln, nämlich durch Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Hochschulen oder Hochschulkliniken.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt klar, dass die Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG vergütungsrechtlich mit den Hochschulambulanzen nach § 17 Abs. 1 und den Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten nach § 117 Abs. 2 Satz 1 erste Alternative gleichgestellt werden, insbesondere erfolgt die Vergütung der Ausbildungsstätten unmittelbar durch die Krankenkassen.

Zu Nummer 68 (§ 118)

Zu Buchstabe a

Der Anspruch von psychiatrischen Krankenhäusern auf Teilnahme an der ambulanten Versorgung wird künftig nicht mehr durch Erteilung einer Ermächtigung, sondern durch Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen umgesetzt, da die fachärztliche Versorgung künftig

auch in Einzelverträgen zu regeln ist (vgl. § 73 Abs. 1a und § 106b).

Zu Buchstabe b

Der Anspruch von Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung auf Teilnahme an der ambulanten Versorgung wird künftig ebenfalls nicht mehr durch Erteilung einer Ermächtigung, sondern durch Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen umgesetzt. Da die Leistungserbringung künftig nicht mehr kollektivvertraglich unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern durch Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern organisiert wird, wird der Vertrag über die Gruppen von Kranken, zu deren ambulanter Behandlung die Krankenhäuser berechtigt sind, künftig ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen. Auch die Schiedsstelle, die den Vertragsinhalt nach Satz 2 im Falle der Nichteinigung festzulegen hat, entscheidet ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Zu Nummer 69 (§ 119a)

Über die üblichen Gesundheitsrisiken der Durchschnittsbevölkerung hinaus ist geistige Behinderung häufig mit spezifischen Erkrankungsrisiken und Behinderungen (Multimorbidität) verbunden. Zudem weisen Menschen mit geistiger Behinderung oft Besonderheiten in Krankheits Symptomatik, Krankheitsverlauf sowie Diagnostik und Therapie auf, ebenso in ihrem krankheitsbezogenen Kommunikations- und Kooperationsverhalten, so dass ihre ärztliche Behandlung spezifischer fachlicher Kompetenzen und besonderer Rahmenbedingungen bedarf. Deshalb soll mit der Regelung in § 119a ein zielgruppenspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Versorgung geistig Behinderter ermöglicht werden, wobei an die bereits zum Teil vorhandenen Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe angeknüpft werden kann. Dabei ist nicht daran gedacht, die ambulante Regelversorgung durch den niedergelassenen Arzt zu ersetzen, sondern diese ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit ihren multiprofessionellen Angeboten die ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte ergänzen und ihnen auch als fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum beratend zur Seite stehen.

Zur organisationsrechtlichen Umsetzung der Einbeziehung dieser ärztlich geleiteten Abteilungen in die ambulante Behandlung von geistig behinderten Versicherten wird den Trägern der Behindertenhilfe und den Rehabilitationseinrichtungen der Anspruch auf gemeinsamen und einheitlichen Vertragsschluss mit allen Krankenkassen auf Landesebene eingeräumt, soweit und solange die Versicherten wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Der Anspruch auf Vertragsschluss ist also subsidiär gegenüber der Behandlung durch ambulant tätige Ärzte. Dieser bedarfsabhängige Anspruch auf Vertragsschluss bezieht sich in diesem Sonderfall auch auf die Versorgungsbereiche, die nach § 73 Abs. 1a SGB V-E im Kollektivvertragssystem

bleiben, da die ärztliche Behandlung geistig Behinderter in diesen Einrichtungen typischerweise komplexe Problemlagen betrifft, daher im besonderen Maße der interdisziplinären Kooperation bedarf und deshalb sinnvollerweise organisationsrechtlich nicht aufgesplittet werden kann. Da die Versorgung der geistig behinderten Versicherten in diesen Einrichtungen ergänzend und damit subsidiär zu der Versorgung durch niedergelassene Ärzte hinzutritt, ist der Behandlungsumfang in den Verträgen auf das Leistungsspektrum zu begrenzen, das durch die niedergelassenen Ärzte nicht in der erforderlichen Art und Weise oder in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Die Verträge haben deshalb Regelungen darüber zu treffen, ob und in welchen Fällen die ärztliche Leistungserbringung in diesen Einrichtungen an die Voraussetzung einer Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt geknüpft ist.

Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten mit geistiger Behinderung auszurichten, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung oder aus Gründen der wohnortnahen Versorgung der ambulanten Behandlung durch Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den sonstigen behandelnden Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

Zu Nummer 70 (§ 120)

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Nummer 71 (§ 125)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung dient der Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Sachkompetenz und ihre Erfahrungen in die Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit Heilmitteln einzubringen.

In den Rahmenempfehlungen nach § 125 werden unter anderem Inhalte der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendung im Regelfall, deren Regelbehandlungszeit sowie Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen, festgelegt. Patienten und behinderte Menschen als direkt Betroffene sollen deshalb an den Rahmenempfehlungen mitwirken können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Ergänzung in Satz 2.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung ermöglicht, dass auch die Heilmittelerbringer durch geeignete, kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung beitragen können. Deshalb haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisation auf Bundesebene in den Rahmenempfehlungen

insbesondere auch die Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung zu regeln. Regelungen zur kontinuierlichen Fortbildungspflicht für Heilmittelerbringer sind eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Heilmittelerbringer die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse versorgen können.

Zu Buchstabe b

Die Sätze 1 und 2 leisten einen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung bei der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Die Fortbildung ist zwingend durchzuführen; wird sie nicht nachgewiesen ist die Zulassung von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse zu widerrufen. Kann der Leistungserbringer den Nachweis der Fortbildung nicht erbringen, hat die Krankenkasse dem Leistungserbringer – unabhängig davon, ob ihn ein Verschulden trifft – eine Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihm dabei auf die Folgen der Nichterfüllung der Fortbildungspflicht hinzuweisen, damit der Leistungserbringer von den Rechtsfolgen der Nichterfüllung nicht überrascht wird. Abweichend vom bisherigen Recht wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Verträge mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen als auf Verbandsebene abzuschließen. Soweit die Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, wird vorgegeben, dass sie dazu durch öffentliche Ausschreibung Angebote von einzelnen Leistungserbringern einholen soll. Die Neuregelung dient der Stärkung des Vertragsprinzips auf Kassenebene sowie der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Heilmittelversorgung. Den Leistungserbringern werden neue wettbewerbliche Spielräume eröffnet, die den Versicherten die Möglichkeit geben, sich rational zu verhalten und Kosten bzw. Zuzahlungen bei gleicher Qualität einzusparen.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung werden die Krankenkassen verpflichtet, Versicherte sowie Ärzte über die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung geschlossen hat, zu unterrichten. Satz 2 gewährleistet, dass die Versicherten über den Umfang der Krankenkassenleistung informiert sind. Darüber hinaus schafft sie für die Versicherten die erforderliche Transparenz, sich preisgünstig von einem Leistungserbringer im Rahmen der Sachleistung wohnortnah versorgen zu lassen, der eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet.

Zu Nummer 72 (§ 127)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift sieht die Möglichkeit zu Vertragsabschlüssen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern im Hinblick auf die Regelungen in Absatz 2 nicht mehr vor. Darüber hinaus betont sie die Notwendigkeit, bei der Versorgung stärker als bisher die Wiedereinsatzmöglichkeiten von Hilfsmitteln zu nutzen. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass hierdurch auch die Qualität der Hilfsmittelversorgung verbessert werden kann, denn gerade besonders langlebige Produkte, die sich zum Wie-

dereinsatz eignen, zeichnen sich durch eine besonders hohe Qualität aus.

Satz 2 übernimmt die Regelungen des geltenden Rechts zur Abrechnung der Festbeträge.

Die Regelung übernimmt weitestgehend die Vorschriften des geltenden Rechts, wonach Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abschließen können. Der Gesetzgeber geht allerdings davon aus, dass die Krankenkassen in der Praxis zukünftig verstärkt zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit Verträge mit einzelnen Leistungserbringern abschließen werden. Soweit die Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, wird vorgegeben, dass sie dazu durch öffentliche Ausschreibung Angebote von einzelnen Leistungserbringern einholen soll. Insbesondere bei Verträgen mit hohem Auftragswert beispielsweise von industriell gefertigten Produkten, die direkt von Herstellern bezogen werden, ist in aller Regel eine öffentliche Ausschreibung erforderlich. Die Neuregelung dient der Stärkung des Vertragsprinzips auf Kassenebene und ermöglicht, dass Versicherte bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen als auf Verbandsebene mit Hilfsmitteln versorgt werden. Den Leistungserbringern werden wettbewerbliche Spielräume eröffnet, die den Versicherten die Möglichkeit geben, sich rational zu verhalten und Kosten bzw. Zuzahlungen bei gleicher Qualität einzusparen.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung werden die Krankenkassen verpflichtet, Versicherte sowie Ärzte über die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung geschlossen hat, zu unterrichten. Satz 2 gewährleistet, dass die Versicherten über den Umfang der Krankenkassenleistung informiert sind. Darüber hinaus schafft sie für die Versicherten die erforderliche Transparenz, sich preisgünstig von einem Leistungserbringer im Rahmen der Sachleistung wohnortnah versorgen zu lassen, der eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet.

Wie nach dem bisher geltenden Recht, können Krankenkassen hierzu Preisvergleiche bei den Leistungserbringern durchführen und die Versicherten sowie Ärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die bereit sind, zum Festbetrag zu liefern, informieren.

Zu Nummer 73 (§ 128 Satz 4)

Die Regelung dient der Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Sachkompetenz und Erfahrungen in die Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses einbringen zu können. In § 128 Satz 4 finden sich bereits jetzt Beteiligungsrechte der Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller. Das gleiche Recht sollten auch diejenigen Organisationen auf Bundesebenen haben, die sich für die Interessen der Patienten, behinderten Menschen oder der Selbsthilfe einsetzen. Im Übrigen gewährt § 36 Abs. 1 Satz 3 den Verbänden

behinderter Menschen bereits jetzt ein Stellungnahmerecht bei der Bestimmung von Hilfsmitteln, für die Festbeträge festgesetzt werden.

Zu Nummer 74 (§ 129)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Regelung wird ein angemessener Preisabstand zwischen dem Importarzneimittel und dem vergleichbaren inländischen Arzneimittel erreicht. Damit wird gleichzeitig sichergestellt, dass durch die Abgabe von Importen zu Gunsten der Krankenkassen ein im Hinblick auf die finanzielle Stabilisierung der GKV angemessenes Einsparvolumen erreicht wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung gewährleistet die Austauschfähigkeit von Packungen innerhalb der Packungsgrößen N1, N2 und N3, so dass Möglichkeiten der Umgehung der Substitution durch eine bloße Umstellung von Packungsgrößen, z. B. von 100 Tabletten auf 98 Tabletten, ausgeschlossen werden. Innerhalb der jeweiligen Zuzahlungsstufen N1, N2 und N3 variierende Packungsgrößen sind als therapiegerecht für eine kurze, mittlere und lange Behandlungsdauer anzusehen. Packungen, deren Inhalte voneinander abweichen, aber innerhalb der Grenzen der gleichen Zuzahlungsstufe liegen, sind austauschbar.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Regelung wird ein Unterlaufen der aut-idem-Regelung unterbunden. Generika mit Preisen ohne wesentlichen Preisabstand zum Erstanmelder werden bei der Berechnung der Preisobergrenzen nicht berücksichtigt, es sei denn, dass diese Arzneimittel in mehr als geringfügigem Umfang abgesetzt werden. Außerdem wird geregelt, dass auch für Packungen mit unüblicher Packungsgröße, z. B. 18 statt 20 Tabletten je Packung, künftig eine Preisobergrenze bestimmt wird.

Zu Buchstabe b

Mit der Freistellung der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel von den Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz steigt die Anzahl der Arzneimittel, für die Preise bei Abgabe zu Lasten der Krankenversicherung zu vereinbaren sind. Die Regelung stellt klar, dass diese Preise wie bisher in Verträgen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Apotheker auf Landesebene zu vereinbaren sind. Für die Abrechnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird eine Übergangsregelung getroffen, die bis zur Wirksamkeit entsprechender vertraglicher Vereinbarungen gilt.

Zu Buchstabe c

Durch die Regelung wird das Vertragsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Die Leistungen der Apotheke bei Teilnahme an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen können auch individuell vereinbart werden. Apotheken können Vertragspartner von Vereinbarungen über die Weiterentwicklung der Versorgung nach §§ 63

und 64, über vernetzte Praxen nach § 73a Abs. 1, über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f) und in der integrierten Versorgung (§ 140b) sein sowie in die hausärztliche Versorgung nach § 67 vertraglich eingebunden werden.

Zu Nummer 75 (§ 129a)

Mit der Regelung wird Rechtsklarheit über die Verpflichtung von Krankenhausapotheken für die Fälle geschaffen, in denen diese nach dem Apothekengesetz zur Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte in der ambulanten Versorgung berechtigt sind. Da für die Krankenhausapotheken die Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz nicht gelten, sind die entsprechenden Preise sowie die Einzelheiten der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren. Zudem wird klargestellt, dass die Regelungen zur Übermittlung der Ordnungsdaten an die Krankenkassen auch für die Krankenhausapotheken gelten.

Zu Nummer 76 (§ 130)

Im Zusammenhang mit der Einführung eines Fixzuschlags für die Abgabe von Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken wird anstelle der durch das Beitragssatzsicherungsgesetz eingeführten Staffelung des Rabatts ein Abschlag in Höhe von 2 Euro je Packung eingeführt. Der Abschlag trägt den Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung. Damit verringert sich der Handelszuschlag der Apotheken, den diese aufgrund der Preisvorschriften nach dem Arzneimittelgesetz erhalten, für jedes Arzneimittel, das zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben wird. Das Volumen des Abschlags entspricht rd. 1 Mrd. Euro und damit dem Volumen des Abschlags für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Jahr 2002. Zusätzlich wird als Übergangsregelung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der Rabatt mit 5 vom Hundert vorgegeben. Dieser Rabatt entfällt ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens von Vereinbarungen über die Höhe der für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreise.

Zu Nummer 77 (§ 130a)

Durch die Regelungen wird das Vertragsprinzip in der Arzneimittelversorgung gestärkt.

Im Rahmen von Ausschreibungen der Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen der Arzneimittel-Positivliste kann die Krankenkasse für ihre Versicherten preisgünstige Fertigarzneimittel bereitstellen. Damit diese Arzneimittel bevorzugt für die Versorgung der Versicherten eingesetzt werden, kann die Krankenkasse dem Arzt eine aufwandsbezogene Motivationsgebühr gewähren. Damit kann insgesamt die Wirksamkeit der Regelung und die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung verbessert werden.

Zu Nummer 78 (§ 130b)

In den vertraglich vereinbarten Versorgungsformen sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung durch die Erstellung qualitätsgesicherter Listen über Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen in Verbindung mit einer Ausschreibung der Fertigarzneimittel gesichert werden. Vertraglich vereinbarte Versorgungsformen im Sinne dieser Vorschrift sind Modellvorhaben (§§ 63, 64), Hausarztssystem

(§ 67), Strukturverträge (§ 73a Abs. 1), strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f), die integrierte Versorgung (§§ 140a ff.) und die Versorgung durch Gesundheitszentren. Zur Verbesserung der Kooperation der ambulanten mit der stationären Versorgung soll die wirkstoffbezogene Arzneimittelliste mit den Krankenhäusern in der Region abgestimmt werden. In der integrierten Versorgung sollen die vertraglich beteiligten Einrichtungen von Leistungserbringern für Arzneimittel Rabattvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen schließen können. Diese Regelung wird getroffen, um den Leistungserbringern in der integrierten Versorgung die Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen gegenüber der Krankenkassen zu erleichtern insbesondere in den Fällen, in denen die Leistungserbringer die alleinige Budgetverantwortung für die verordneten Arzneimittel übernommen haben.

Zu Nummer 79 (§ 132a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung dient der Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Sachkompetenz und ihre Erfahrungen in die Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege einzubringen.

In den Rahmenempfehlungen nach § 132a werden unter anderem Inhalte der häuslichen Krankenpflege sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung festgelegt. Patienten und behinderte Menschen als direkt Betroffene sollen deshalb an den Rahmenempfehlungen mitwirken können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Um eine möglichst einheitliche Fortbildung sicherzustellen, haben die Partner der Rahmenempfehlungen einheitliche Fortbildungsvorgaben zu beschließen.

Zu Buchstabe b

Die Sätze 1 und 2 leisten einen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung in der häuslichen Krankenpflege. Die Fortbildung ist zwingend durchzuführen. Bei ihrer inhaltlichen Ausgestaltung sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 Nr. 4 zu berücksichtigen. Kann der Pflegedienst den Nachweis der Fortbildungspflicht nicht erbringen, hat die Krankenkasse ihm – unabhängig davon, ob ihn ein Verschulden trifft – eine Nachfrist von mindestens einem Jahr zu setzen und ihn dabei auf die Folgen der Nichterfüllung der Fortbildungspflicht hinzuweisen, damit der Pflegedienst von den Rechtsfolgen der Nichterfüllung nicht überrascht wird. Allerdings führt diese Pflicht zur Nachfristsetzung naturgemäß nicht zur Verlängerung vertraglich befristeter Verträge, da der Leistungserbringer von dem vertraglich vereinbarten Vertragsende nicht überrascht wird und außerdem aus der Nichterfüllung der Fortbildungspflicht keinen Vorteil ziehen darf. Die Änderungen in Doppelbuchstabe cc verpflichten die Parteien zur Durchführung einer Konfliktlösung, wenn sich die Parteien über den konkreten Inhalt der Verträge, insbesondere über die Höhe der Vergütung, nicht einigen können. Dieses Verfahren ent-

spricht einer im Zivilrecht üblichen Schlichtung, wonach sich die Vertragsparteien auf die Leistungsbestimmung durch einen Dritten einigen (§ 317 BGB). Können sich die Parteien nicht auf eine Schlichtungsperson verständigen, legt die Aufsichtsbehörde die Person fest.

Zu Nummer 80 (§ 135)

Zu Buchstabe a

Die Beauftragte oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten, die oder der durch Kabinettsentscheidung eingesetzt wird, soll auf die Beachtung der Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen hinwirken und die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Patientenrechte ist die Schaffung von Beteiligungsrechten an Entscheidungen im Gesundheitswesen. Hierzu wird im Verfahren nach § 92 ein Beteiligungsrecht für die beauftragte Person vorgesehen. Nach § 135 entscheiden über die Änderung und Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag. Antragsberechtigt sind bislang die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Durch die vorgesehene Regelung wird auch der Beauftragten oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten ein entsprechendes Antragsrecht eingeräumt. Patienten erhalten so die Möglichkeit, stärker in Entscheidungen der Bundesausschüsse einbezogen zu werden. Die beauftragte Person kann die Vorstellungen und Wünsche der Patienten zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bündeln und ihnen verstärkt Gewicht verschaffen.

Zu Buchstabe b

Satz 4 ermächtigt die Partner der Bundesmantelverträge, Regelungen zur Erbringung von medizinisch-technischen Leistungen zu treffen, nach denen diese Leistungen nur von den Ärzten erbracht werden dürfen, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Zwar können die Vertragspartner bereits nach Satz 1 für ärztliche Leistungen, deren Ausführung eine besondere Strukturqualität oder eine besondere Praxisausstattung erfordert, besondere Qualifikationsanforderungen vereinbaren, jedoch gibt Satz 2 ihnen vor, dass einem Vertragsarzt die Erbringung dieser besonderen Leistungen grundsätzlich zu erlauben ist, wenn diese Leistungen weiterbildungsrechtlich in den Weiterbildungsordnungen aller Bundesländer inhaltsgleich zu seinem Fachgebiet gehören. Die neue Regelungskompetenz in Satz 4 lockert diese enge Bindung an das landesrechtliche Weiterbildungsrecht, indem es den Vertragspartnern ermöglicht, die Durchführung dieser technischen Leistungen auf die Fachärzte zu konzentrieren, für die diese Leistungen nicht nur zum Rand, sondern zum Kern ihres Fachgebietes gehören, d. h. für ihr Gebiet wesentlich und prägend sind, wenn dadurch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung dieser Leistungen verbessert wird. Mit dieser Regelungskompetenz wird den Vertragspartnern eine Leistungssteuerung ermöglicht, die eine Trennung zwischen der Diagnosestellung und Befundbewertung durch den therapeutisch tätigen Arzt einerseits und der Durchführung der

diagnostischen Maßnahmen (medizinisch-technischen Leistungen) durch den lediglich diagnostisch tätigen Facharzt andererseits bewirkt. Die Konzentration dieser Leistungen auf einen für diese Tätigkeit besonders qualifizierten Arzt gewährleistet – wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 31. Januar 2001 – Az: B 6 KA 24/00 R (Kernspintomographie-Entscheidung) ausführt –, dass die für die spezifische medizinische Fragestellung geeigneteste diagnostische Methode ausgewählt wird und die Ergebnisse sachgerecht interpretiert werden, z. B. sog. Zufallbefunde erkannt werden. Außerdem bewirkt eine derartige Arbeitsteilung im Sinne des so genannten Mehraugenprinzips, dass die Diagnostik unabhängig von einem eventuellen Interesse an der Therapie erfolgt, damit der optimalen Patientenversorgung dient und außerdem dem sparsamen Einsatz der Leistungsressourcen. Diese Gesichtspunkte haben bei den medizinisch-technischen Leistungen, die typischerweise sowohl kostspielig sind als auch für den Patienten belastend sein können, wie z. B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie, besonders große Bedeutung. Diese Regelung dient deshalb sowohl der Gesundheit der Versicherten als auch der finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 81 (§ 135a Abs. 2)

Durch die Neufassung des Absatzes 2 werden die bisher allein für stationäre Einrichtungen bestehenden Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement auf Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzte, Erbringer von ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie auf Leistungserbringer, die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter durchführen, ausgedehnt. Dies ist erforderlich, da von den positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements alle Leistungsbereiche profitieren sollten. Aus diesem Grunde werden die Leistungserbringer im ambulanten Bereich erstmals auch gesetzlich verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern. Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, dass der Umfang der Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich nicht zwingend gleichzusetzen ist mit dem Aufwand, der im stationären Bereich erforderlich ist. In der jeweiligen ambulanten Einrichtung hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung zu stehen. Die jeweiligen Vertragspartner haben diese Maßnahmen durch Vereinbarungen zu konkretisieren.

Zu Nummer 82 (§ 136)

Zu Buchstabe a

Die Änderung der Überschrift trägt dem Anspruch Rechnung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern haben und durch die Qualitätsprüfungen das Ergebnis ihrer Bemühungen bewerten können.

Zu Buchstabe b

Die bisher durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung fußen auf den Richtlinien, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung

auf der Grundlage des § 75 Abs. 7 erlassen haben. Um der besonderen Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen auch für die Qualitätssicherung Rechnung zu tragen, wird mit dieser Regelung klargestellt, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Vertragsärzte zu fördern haben. Um die Effektivität und Stringenz dieser Maßnahmen zu gewährleisten, sind Ziele der Qualitätssicherung festzulegen. Diese und die Resultate der eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind schriftlich festzuhalten. Zur Förderung der Transparenz insbesondere auch für Versicherte sind diese jährlich in geeigneter Form, insbesondere auch über das Internet, allgemein zugänglich zu machen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen die Informationen keine personenbezogene Daten enthalten.

Zu Buchstabe c

Die inhaltlichen Anforderungen für die Qualitätssicherungsprüfung werden durch die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegt. Die bisherigen Regelungen sahen vor, dass die verfahrenstechnischen Vorgaben für die Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wurden. Vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung dieser Vorgabe in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich erfolgte, wird diese Festlegung zukünftig den Bundesausschüssen übertragen. Damit ist auch gewährleistet, dass diese Anforderungen bundeseinheitlich gestaltet werden können. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch dann die erforderlichen Prüfmaßnahmen durchführen, wenn noch keine Richtlinien für die Prüfung vorliegen.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 83 (§ 136a)

Durch die Einfügung wird bestimmt, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement festzulegen hat. Dabei beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ abhängen. Dies sichert, dass die Vertragsärzte ausreichend Gelegenheit haben, das Qualitätsmanagement ihren jeweiligen Besonderheiten entsprechend individuell zu entwickeln.

Zu Nummer 84 (§ 136b Abs. 1)

Durch die Einfügung wird bestimmt, dass der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement festzulegen hat. Dabei beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ abhängen. Dies sichert, dass die Vertragszahnärzte ausreichend Gelegenheit haben, das

Qualitätsmanagement ihren jeweiligen Besonderheiten entsprechend individuell zu entwickeln.

Zu Nummer 85 (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2)

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die Vertragspartner nach § 137 Abs. 1 SGB V bei den Mindestanforderungen an die Strukturqualität auch Vereinbarungen zu Fortbildungspflichten der im Krankenhaus tätigen Fachärzte treffen sollen. Dies trägt dem Anspruch Rechnung, dass auch die von den Krankenhausärzten zu Beginn ihrer fachärztlichen Tätigkeit nachgewiesene Facharztqualifikation stets dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu entsprechen hat. Die vorgesehene Fünf-Jahres-Frist orientiert sich dabei an der für Vertragsärzte neu geschaffenen Nachweispflicht ihrer Fortbildung. Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 ist sichergestellt, dass die Qualitätsberichte auch den Aspekt der Fortbildung miteinbeziehen.

Der Versorgungsvertrag mit einem zugelassenen Krankenhaus kann gekündigt werden, wenn dieses nicht die Gewähr für eine leistungsfähige, qualitätsgesicherte Krankenhausbehandlung bietet. Dieser Fall dürfte vorliegen, falls das Krankenhaus nicht in ausreichendem Maße qualifiziertes ärztliches Personal vorhält und deshalb die Versorgungsqualität gravierend gefährdet ist.

Zu Nummer 86 (§ 137b Satz 5)

Die Beauftragte oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten, die oder der durch Kabinettsentscheidung eingesetzt wird, soll auf die Beachtung der Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen hinwirken und die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Patientenrechte ist die Schaffung von Beteiligungsrechten an Entscheidungen im Gesundheitswesen. In § 137b Satz 5 sind bereits Beteiligungsrechte für Vertreter der Patienten vorgesehen. Da die Beauftragte oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten die Wahrnehmung der Interessen der Patienten bündeln soll, sind die Beteiligungsrechte auf die beauftragte Person auszuweiten.

Zu Nummer 86a (§ 137c)

Im Rahmen der GKV-Reform 2000 ist mit § 137c die Rechtsgrundlage für den Ausschuss Krankenhaus geschaffen worden. Seine Aufgabe ist es, auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin zu überprüfen, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Erst ein negatives Votum schließt den Einsatz der Methode zu Lasten der GKV in den Krankenhäusern aus; auch ein laufendes Prüfverfahren entfaltet keine Sperrwirkung. Wesentliches Ziel des Gesetzgebers ist es, über den Ausschuss Krankenhaus die Qualität der stationären medizinischen Versorgung zu sichern und zu vermeiden, dass medizinisch fragwürdige Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbracht werden.

In Zukunft sind die Empfehlungen des neuen Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (siehe §§ 139a bis 139l) zu den jeweils besten, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen (siehe § 139b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4) von grundlegender Bedeutung für die Entscheidungen des Ausschusses Krankenhaus. Der Ausschuss Krankenhaus wird durch § 139c Satz 1 verpflichtet, die Empfehlungen, die das Zentrum gegenüber dem Ausschuss abgegeben hat, in seinen Entscheidungen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus zu berücksichtigen. Eine enge Abstimmung zwischen dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin und dem Ausschuss Krankenhaus muss möglichst frühzeitig sichergestellt sein. Deshalb wird der Ausschuss Krankenhaus durch § 139c Satz 2 verpflichtet, alle eingereichten Prüfanträge und seinen – jeweils aktuellen – Arbeitsplan dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin unverzüglich vorzulegen; über die Priorität bzw. Nachrangigkeit von beim Ausschuss anhängigen Prüfverfahren sollte möglichst ein Konsens herbeigeführt werden. Das in § 139c Satz 3 geregelte Aussetzungsverfahren dient der Umsetzung von Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin in die Beschlüsse des Ausschusses Krankenhaus, soweit der Regelungsgegenstand identisch ist.

Das Initiativrecht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) in Absatz 3 Satz 1 und die Ermächtigung des BMGS in Absatz 3 Satz 2 zum Erlass einer Rechtsverordnung sollen sicherstellen, dass die Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin Verbindlichkeit für den Akutkrankensektor im Rahmen von § 137c auch erlangen können, wenn der Ausschuss Krankenhaus eine einschlägige Empfehlung in einem Beschluss nicht berücksichtigt hat; das Initiativrecht des BMGS ist insbesondere in den Fällen von Bedeutung, in denen zu den Regelungsbereichen von Empfehlungen des Zentrums Prüfverfahren beim Ausschuss Krankenhaus nicht anhängig sind. Das BMGS kann unter der in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bzw. 2 genannten Voraussetzung im Wege der Rechtsverordnung anstelle des Ausschusses Krankenhaus entscheiden, wobei auch für den Ordnungsgeber die in § 137c Abs. 1 Satz 1 genannten Kriterien maßgebend sind. Die Möglichkeit der Beanstandung von Richtlinien durch das BMGS bzw. der Ersatzvornahme durch den Erlass von Richtlinien durch das BMGS wie beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besteht beim Ausschuss Krankenhaus nicht. Die Steuerung des Versorgungsgeschehens erfolgt nur im vertragsärztlichen Sektor über die diesem System immanenten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mit Beanstandungsmöglichkeit durch das BMGS (siehe § 92 i. V. m. § 94). Eine entsprechende Steuerung existiert im stationären Sektor aufgrund dessen Besonderheiten (Sicherstellungsauftrag bei den Ländern, Direktvergütung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen) nicht.

Zu Nummer 87 (§ 137d Abs. 2)

Durch die Einfügung wird bestimmt, dass in den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Leistungserbringer im ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsbereich Anforderungen hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

festzulegen sind. Dabei beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ abhängen. Den Leistungserbringern der ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitation soll ausreichend Gelegenheit gegeben werden, das Qualitätsmanagement den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend individuell zu entwickeln.

Zu Nummer 88 (§ 137e)

Zur Sicherstellung der Entscheidungsfähigkeit des Koordinierungsausschusses wird gesetzlich die Beschlussfassung nach dem Mehrheitsprinzip vorgeschrieben.

Zu Nummer 89 (§ 137f Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird die Beschlussfassung im Koordinierungsausschuss erleichtert und vereinfacht. Künftig können Empfehlungen zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme auch mit Stimmenmehrheit beschlossen werden. Hierdurch wird verhindert, dass ein einzelnes Mitglied des Koordinierungsausschusses eine Beschlussfassung verhindern kann.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Klarstellung zum Inhalt der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme. Die bisherige Formulierung hatte zu Auslegungsunsicherheiten in den Fällen geführt, in denen evidenzbasierte Leitlinien nicht zur Verfügung stehen. Durch die Änderung wird eine weitgehende Kongruenz zum Wortlaut des § 28b Abs. 1 Nr. 1 RSAV erzielt.

Zu Nummer 90 (§ 139)

Zu Buchstabe a

Um den Entscheidungsprozess zur Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 128 zu beschleunigen, schreibt der Gesetzgeber künftig eine Entscheidung der Spitzenverbände der Krankenkassen innerhalb einer Frist von höchstens sechs Monaten vor. Fristbeginn ist der Tag, an dem die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Hersteller des Produkts mitgeteilt haben, dass alle für die Entscheidung nötigen Unterlagen bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorliegen. Diese Mitteilung soll spätestens vier Wochen nach Einreichung der erforderlichen Unterlagen dem Hersteller zugegangen sein.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ermöglicht, dass auch die Hilfsmittelerbringer durch geeignete, kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung beitragen können. Deshalb haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Empfehlungen für Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung von Hilfsmittelerbringern abzugeben. Regelungen zur kontinuierlichen Fortbildungspflicht für Hilfsmittelerbringer sind eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Hilfsmittelerbrin-

ger die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse versorgen können.

Zu Nummer 91 (§§ 139a bis 139l)

Zu § 139a

Zu Absatz 1

Um den dynamischen Prozess der Fortentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen zu sichern und die kontinuierliche Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung zu gewährleisten, wird das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin errichtet. Die Aufgabe der unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung soll zukünftig dem Zentrum obliegen. Zur Sicherstellung dieser Aufgabenerfüllung wird es als fachlich unabhängige Institution gebildet. Um den unterschiedlichen Interessen der Nutzer des Zentrums und den Mitgliedern der Selbstverwaltungsgremien gerecht zu werden, kommt dem Mitwirkungsrecht dieser Institutionen bei der Aufgabenerfüllung eine besondere Bedeutung zu.

Zu Absatz 2

...

Zu § 139b

Zu Absatz 1

Durch die Vorschrift werden die Aufgaben des Zentrums benannt. Betont wird, dass die Arbeit des Zentrums zum Ziel hat, die grundsätzlichen Anforderungen des SGB V bei der Leistungserbringung zu sichern. Hierzu soll das Zentrum Erkenntnisse über den zusätzlichen Wert der Leistungen auch im Verhältnis zu den aufzuwendenden Kosten sowie zu den Auswirkungen auf die Verbesserung der medizinischen Behandlung erarbeiten. Dies soll gewährleisten, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen dem besten, verfügbaren wissenschaftlichen Stand entsprechen und auch weiterhin finanzierbar bleiben. Die Teilhabe der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung an dem Fortschritt der Medizin bleibt hierdurch gewährleistet.

Um die Bürgerinnen und Bürger über die Erkenntnisse und Arbeitsergebnisse des Zentrums zu informieren und deren Autonomie zu stärken, regelt die Vorschrift nach Nummer 1 die Verpflichtung des Zentrums, diese über Leistungsart und -umfang in der ambulanten und stationären Versorgung zu informieren. Mit der Bereitstellung von Informationen über die Qualitätssicherungsmaßnahmen ist beabsichtigt, Interessierten Informationen zur Verfügung zu stellen, die ihnen zur Orientierung auch bei der Wahl einzelner Leistungserbringer dienen können. Hierzu hat das Zentrum auf der Grundlage eines standardisierten Verfahrens eine Informationsplattform zu errichten, auf der Leistungserbringer Informationen über die von ihnen durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich der sich daraus ergebenden Qualitätsverbesserungen sowie durchgeführte Zertifizierungen und Ähnliches einstellen können. Nach Nummer 1b hat das Zentrum auch Informationen darüber bereitzustellen, welche Kenntnisse über den aktuellen Stand der Wissenschaft vorliegen. Dies ermöglicht, dass Bürgerinnen und Bürger auch unmittelbar von der Arbeit des Zent-

rums profitieren. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat das Zentrum die Informationen in einer allgemein verständlichen Form aufzubereiten.

Um die Leistungserbringung in wichtigen Bereichen der Versorgung zu verbessern, erhält das Zentrum nach Nummer 2 die Aufgabe, für die Diagnostik und Therapie bestimmter Krankheiten Leitlinien und Pflegestandards zu entwickeln. Bei der Auswahl der Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen: Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, sektorübergreifender Behandlungsbedarf, hoher finanzieller Aufwand der Erkrankung, Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten, Beitrag zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung. Die Leitlinien und Pflegestandards haben den besten und verfügbaren Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Solchermaßen entwickelte Leitlinien und Pflegestandards sind eine wichtige Grundlage, um eine rationale Diagnostik und Therapie zu sichern. Auch für die Entwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme ist die Vorhaltung qualitativ hochwertiger Leitlinien unabdingbar. Sie stellen eine wichtige Orientierung für die einzelnen Leistungserbringer, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger, dar, von denen im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann. Um auch dem Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten zu entsprechen, sind zusätzlich patientengerechte Versionen der Leitlinien zu erarbeiten.

Nach Nummer 3 hat das Zentrum zu Aspekten, die im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung stehen, Bewertungen abzugeben.

Um die Bundesausschüsse nach § 91 und den Ausschuss Krankenhaus nach § 137c bei den gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben zu unterstützen, wird das Zentrum nach Nummer 4 beauftragt, Empfehlungen über die beste und vorliegende Evidenz abzugeben. In § 139c und den jeweiligen Rechtsnormen über die Ausschüsse wird bestimmt, wie die Ausschüsse die Empfehlungen bei ihrer Arbeit zu berücksichtigen haben. Die Bezugnahme auf diese Paragraphen stellt klar, zu welchen Aufgaben der Ausschüsse Empfehlungen abgegeben werden. Auf dieser Grundlage können die Bundesausschüsse ihre Richtlinien mit angemessenem Zeitaufwand verabschieden. Gegenstand dieser Empfehlungen des Zentrums sind insbesondere die Erkenntnisse über den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Eine Aufgabe bezieht sich dabei auch auf die Vorgabe des § 95d, wonach der Vertragsarzt sich zum Zwecke seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung fachlich fortzubilden hat. Um zu gewährleisten, dass die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Medizin entsprechen, ist es zweckmäßig, dass das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin den Bundesausschüssen Empfehlungen für die Fortbildungsinhalte abgibt. Im Hinblick auf die verordnungsfähigen Arzneimittel ist die Bewertung des Nutzens einschließlich der finanziellen Bewertung sowie die Anwendung dieser Arzneimittel umfasst. Ziel dieser Vorschrift ist die Sicherung einer Arzneimittelversorgung nach der besten, vorliegenden Evidenz mit dem

Ziel, die vorhandenen finanziellen Mittel auf echte Innovationen mit therapeutischem Mehrwert zu konzentrieren.

Die Regelung nach Nummer 5 stellt klar, dass es Aufgabe des Zentrums ist, die Referenzarzneimittel zu ermitteln, die Grundlage für die Bildung der vorläufigen Festbeträge nach § 35b Abs. 6 durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sind.

Satz 2 der Regelung dient der Klarstellung, dass das Zentrum bei den zu erledigenden Aufgaben darauf hinzuwirken hat, dass in der Situation der Zielgruppe bzw. der von den Arbeitsergebnissen Betroffenen liegende besondere Umstände berücksichtigt werden sollen. So ist beispielsweise bekannt, dass die Arzneimitteltherapie sich derzeit überwiegend an einem durchschnittlichen Körpergewicht orientiert und altersspezifischen Besonderheiten nicht ausreichend entsprochen wird. Auch im Rahmen von Studien wird geschlechtsspezifischen Aspekten nicht ausreichend Rechnung getragen. Lebensumstände, wie beispielsweise eine unzureichende Betreuung im Alter und berufliche oder familiäre Situationen sind ebenso zu beachten.

Zu Absatz 2

Durch diese Vorschrift wird sichergestellt, dass die Arbeit des Zentrums in einer transparenten Form erfolgt und Betroffene und Interessierte über alle Arbeitsschritte und Arbeitsergebnisse unterrichtet werden. Hierzu zählt insbesondere die Information über die Arbeitsweise des Zentrums, die Beteiligung von Fachexperten, den Einsatz von Arbeitsgruppen und den Stand der Bearbeitung zu den jeweiligen Aufgaben nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5. Für die Nachvollziehbarkeit der Beschlussfassung und deren Akzeptanz sind Kenntnisse über die der jeweiligen Entscheidung zugrunde liegenden Materialien erforderlich; diese sind daher ebenfalls transparent zu machen. Sämtliche Informationen sind in geeigneter Form, beispielsweise über das Internet, stets aktuell zu veröffentlichen.

Zu Absatz 3

Die erarbeiteten Patienteninformationen, Leitlinien, pflegerischen Standards und Empfehlungen erzielen nur dann eine effektive Verbesserung der Versorgungssituation, wenn sie jeweils auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse beruhen. Um dies sicherzustellen, hat das Zentrum Maßnahmen zu ihrer regelmäßigen Überarbeitung vorzusehen.

Zu § 139c

Diese Vorschrift regelt den wesentlichen Teil des Zusammenwirkens des Zentrums mit den Ausschüssen. Dadurch wird ermöglicht, dass die wissenschaftlichen Bewertungen des Zentrums zeitnah und stringent in die Entscheidungen dieser Ausschüsse und damit in die Versorgungspraxis Eingang finden. Zu diesem Zweck legt Satz 1 unter Bezugnahme auf die jeweiligen Rechtsnormen fest, dass die Ausschüsse die Empfehlungen bei ihrer Arbeit zu berücksichtigen und für die Fälle, in denen sie davon abweichen, dies zu begründen haben. Das Nähere wird in den Spezialregelungen festgelegt. Nach Satz 2 haben die Ausschüsse dem Zentrum die eingereichten Anträge sowie die zur Bearbeitung vorgesehenen Themen in regelmäßigen Abständen mitzutei-

len. Dem Zentrum obliegt die Entscheidung, ob und zu welchen Themen es den Ausschüssen eine Empfehlung unterbreitet. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass das Zentrum diese Entscheidung ebenfalls ohne unnötige Verzögerung trifft. Die Regelung stellt sicher, dass Ausschüsse und Zentrum nicht zeitgleich an einem identischen Sachverhalt arbeiten und stellt gleichzeitig durch die Sechsmonatsfrist klar, dass die Arbeit der Ausschüsse nicht durch das Zentrum verzögert wird, damit Innovationen zeitgerecht in die Versorgung einfließen können.

Zu § 139d

Zu Absatz 1

Die Vorschrift dient dem Zweck, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Möglichkeit zu eröffnen, das Zentrum mit der Erarbeitung wissenschaftlicher Bewertungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 zu beauftragen und legt fest, dass diese Aufträge mit Priorität zu bearbeiten sind.

Zu Absatz 2

Um den Bedürfnissen der Nutzer des Zentrums ausreichend Rechnung zu tragen, erhalten die Mitglieder des Kuratoriums die Möglichkeit, dem Zentrum Themenvorschläge für seine Aufgaben zu unterbreiten.

Zu Absatz 3

Durch diese Regelung wird den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus ein eigenes Initiativrecht gegeben. Dadurch wird wesentlichen Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung eine weitere Mitwirkung eröffnet. Damit die Ausschüsse auch unabhängig von den festgelegten Arbeitsplänen und Prüfanträgen über die Aufnahme bestimmter Themen sachgerecht entscheiden, können sie dem Zentrum Vorschläge für Gutachten und andere wissenschaftliche Ausarbeitungen unterbreiten.

Zu Absatz 4

Sofern das Zentrum über freie Arbeitskapazitäten verfügt, kann es im Auftrag und gegen Entgelt wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen fertigen. Dadurch erhalten Interessierte die Möglichkeit, die wissenschaftliche Kompetenz des Zentrums zu nutzen. Um sicherzustellen, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen diesen Aufträgen und den primären Aufgaben des Zentrums erhalten bleibt, entscheidet das Kuratorium auch in diesen Fällen über die Auswahl und Prioritätensetzung.

Zu Absatz 5

Der Einsatz von Arbeitsgruppen bzw. die Vergabe von Forschungsaufträgen gewährleistet, dass die Arbeiten des Zentrums höchsten wissenschaftlichen Anforderungen gerecht werden. Hierzu hat das Zentrum ausgewiesene Experten mit wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen einzubeziehen bzw. zu beauftragen. Um die fachliche Unabhängigkeit dieser in Arbeitsgruppen einbezogenen Experten sicherzustellen, haben diese mögliche Interessenkonflikte insbesondere durch Arbeitskontakte mit Industrie und Verbänden der Direktorin oder dem Direktor darzulegen. Die Arbeitsausschüsse wer-

den in der Regel für die Zeit der Bearbeitung eines Themas eingerichtet.

Zu Absatz 6

Die Erfüllung der Aufgaben des Zentrums erfordert die Kenntnis von Forschungsergebnissen über Nutzen und Kosten medizinischer Verfahren und Technologien. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verfügt über ein umfassendes Dateninformationssystem. Außerdem hat das DIMDI umfangreiche Erfahrungen mit der Vergabe, Bearbeitung und Abnahme von Forschungsvorhaben zu der Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment) sowie die entsprechende Infrastruktur aufgebaut. Dazu zählt beispielsweise der Betrieb von Datenbanken für Bewertungen im Bereich der Qualitätssicherung, Datenbanken über die deutschen Informationssysteme für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie Zugriffe auf die wichtigsten 100 biomedizinischen Datenbanken weltweit. Damit das Zentrum im Rahmen der vorgesehenen Fristen seine Empfehlungen erarbeiten kann, wird durch diese Regelung klargestellt, dass das Zentrum bei seiner Arbeit das DIMDI nutzen kann. Dazu zählt einerseits der Zugriff auf die eingerichteten nationalen und internationalen Datenbanken sowie die Befugnis, das DIMDI mit der Vergabe von Forschungsaufgaben zu beauftragen. Gleichzeitig wird durch eine Änderung des Artikels 19 sichergestellt, dass die Aufträge des Zentrums vom DIMDI prioritär zu bearbeiten sind.

Zu § 139e

Zu Absatz 1

Die Direktorin oder der Direktor ist Verwaltungs- und Geschäftsführungsorgan. Diese Aufgabe ist von zentraler Bedeutung für das Zentrum. Dementsprechend ist vorgesehen, dass die Direktorin oder der Direktor die Geschäfte eigenverantwortlich nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und der Satzung führt.

Zu Absatz 2

Wegen der Bedeutung und des Umfangs der zu erledigenden Aufgaben ist die Einrichtung einer ständigen Vertreterin bzw. eines ständigen Vertreters notwendig. Hierdurch wird verdeutlicht, dass die stellvertretende Direktorin oder der stellvertretende Direktor die Funktion der Direktorin oder des Direktors mit gleicher Wirkung wahrnehmen kann wie diese.

Zu Absatz 3

Um den Institutionen und Verbänden des Gesundheitswesens und anderen Nutzern eine Mitentscheidungsmöglichkeit bei der Berufung der Direktorin oder des Direktors einzuräumen, sieht die Regelung vor, dass die Mitglieder des Kuratoriums ihre Vorstellungen einbringen können. Um die Arbeitsfähigkeit des Zentrums unmittelbar nach Inkrafttreten dieses Gesetzes sicherzustellen, sieht eine Übergangsregelung (§ 139l) vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine kommissarische Leitung bis zur erstmaligen Berufung einer Direktorin oder eines Direktors sowie deren Stellvertretung bestimmt.

Zu Absatz 4

Da das Zentrum keine hoheitsrechtlichen Aufgaben im Sinne des Artikels 33 Abs. 4 GG wahrnimmt, ist die Begründung von Beamtenverhältnissen für die Leitung und das sonstige Personal nicht angezeigt. Die außertarifliche Gestaltung des Anstellungsverhältnisses mit der Direktorin oder dem Direktor und der stellvertretenden Direktorin oder dem stellvertretenden Direktor ist erforderlich, um erfahrenen und hoch qualifizierten Spitzenkräften adäquate Bedingungen bieten zu können. Die Befristung des Anstellungsverhältnisses stellt eine Sonderregelung zum Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge dar. Die übrigen Regelungen des Absatzes 4 sichern die notwendige Unabhängigkeit der betreffenden Personen.

Zu Absatz 5

Diese Regelung sichert ein Beteiligungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie des Bundesministeriums der Finanzen im Hinblick auf übertarifliche Vergütungsvereinbarungen. Sofern die Einstellung einer Leitung der Verwaltung erforderlich ist, gilt diese Regelung ebenfalls.

Zu § 139f

Zu Absatz 1

Die Unterstützung der Leitung des Zentrums durch einen wissenschaftlichen Beirat ist erforderlich, um die notwendigen fachlichen Kompetenzen umfassend abzusichern. Um dies zu gewährleisten sind solche Wissenschaftler auszuwählen, die gemeinsam aufgrund ihrer fachlichen Befähigung den gesamten Arbeitsbereich des Zentrums abdecken können.

Zu Absatz 2

Um starre Strukturen zu verhindern und Innovationen Raum zu geben, werden die Wissenschaftler zeitlich befristet berufen. Dies soll jedoch nicht ausschließen, dass sie nicht erneut nach dem Ablauf ihrer Amtszeit berufen werden können. Um insbesondere den Nutzern des Zentrums eine Mitwirkungsmöglichkeit bei der Besetzung des Beirates einzuräumen, erhält das Kuratorium die Möglichkeit, Vorschläge für die Bestellung dieser Wissenschaftler dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu unterbreiten. Die Wissenschaftler haben vor einer möglichen Berufung ihre fachliche Unabhängigkeit zu belegen.

Zu Absatz 3

Um auch nach der Ernennung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler deren Neutralität zu gewährleisten, wird dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Kompetenz eingeräumt, ihnen in gewichtigen Fällen die Aufgabe zu entziehen. Zuvor ist dem Kuratorium Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zu § 139g

Zu den Absätzen 1 bis 3

Mit diesen Regelungen werden die Zusammensetzung, die Aufgaben und die Leitung des Direktoriums bestimmt. Das Direktorium besteht aus der Direktorin oder dem Direktor

und den jeweiligen Stellvertretern sowie dem berufenen wissenschaftlichen Beirat. Es wird klargestellt, dass dem Direktorium die Bearbeitung der Aufgaben übertragen wird. Damit trägt das Direktorium die Verantwortung für die angemessene und erfolgreiche Erledigung der Aufgaben. Hierzu hat es u. a. zu bestimmen, in welchen Fällen Arbeitsgruppen eingerichtet werden müssen oder externe Aufträge vergeben werden können. Dabei ist auch zu berücksichtigen, wie und in welchen Fällen eine erforderliche Zusammenarbeit der Arbeitsgruppen vorzusehen ist.

Zu Absatz 4

Diese Vorschrift regelt das Abstimmungsverhalten des Gremiums. Es wird Gegenstand interner Verfahrensregelungen sein, dass evtl. vorhandene unterschiedliche wissenschaftliche Auffassungen gebührend verdeutlicht werden.

Zu Absatz 5

Um den Informationsfluss in ausreichendem Umfang zu gewährleisten, wird dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Teilnahmerecht an den Sitzungen des Direktoriums eingeräumt.

Zu § 139h

Zu Absatz 1

Die Arbeiten des Zentrums für Qualität in der Medizin werden durch ein Beratungsgremium maßgeblich unterstützt. Um sowohl den maßgeblichen Institutionen und Verbänden des Gesundheitswesens sowie den potentiellen Nutzern des Zentrums ausreichend Gelegenheit zu geben, Einfluss auf die Bearbeitung der Aufgaben des Zentrums zu nehmen, sind diese Mitglieder eines Kuratoriums. Die Repräsentanz der genannten Beteiligten insbesondere der Vertreter der Patienten stellt sicher, dass die Arbeit des Zentrums weitestgehend den Bedürfnissen der potentiellen Nutzer gerecht wird. Die Kontinuität der Arbeit des Kuratoriums wird durch die Amtszeit von fünf Jahren gesichert. Zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern ist anzustreben, das Gremium gleichermaßen mit Frauen und Männern zu besetzen. Hierzu sollen die Institutionen, die mehr als eine Person als Mitglied zu benennen haben, auf eine paritätische Besetzung hinwirken.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift regelt das Abstimmungsverhalten des Gremiums.

Zu Absatz 3

Zur Sicherung der Einheitlichkeit der Arbeitsweise im Kuratorium insbesondere im Hinblick auf die Auswahl und Prioritätensetzung der Aufgaben ist eine Geschäftsordnung erforderlich, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebilligt werden muss.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift legt die wesentlichen Aufgaben fest, die dem Kuratorium übertragen werden. Um die Nutzerinteressen bei der Arbeit des Zentrums gebührend zu berücksichtigen, erhalten diese die Kompetenz, das Zentrum in allen Angele-

genheiten zu beraten. Eine weitere wichtige Aufgabe des Kuratoriums besteht in der Festlegung der Themen sowie der zeitlichen Vorgabe hinsichtlich der Abarbeitung. Voraussetzung zur sachgerechten Erfüllung dieser Aufgaben ist, dass das Kuratorium dabei die von den Ausschüssen übermittelten Prüfanträge und Arbeitspläne zugrunde legt. Satz 2 stellt klar, dass die Aufträge des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht das Auswahl- und Priorisierungsverfahren des Kuratoriums durchlaufen.

Zu § 139i

Wegen der herausgehobenen Bedeutung der Satzung für die Tätigkeit und Aufgabenerfüllung des Zentrums sieht die Vorschrift vor, dass die Satzung von der Direktorin oder dem Direktor erlassen wird und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung genehmigt werden muss. Um die Mitwirkungsrechte des Kuratoriums auch in diesem wichtigen Bereich zu sichern, erhält dieses die Möglichkeit, seine Vorstellung über die Regelungen der Satzung vorzutragen. Um dem Transparenzanspruch an das Zentrum zu genügen, ist die Satzung im Bundesanzeiger bekannt zu geben. Die Satzung hat alle wesentlichen Regelungen zu enthalten, die die Kompetenzen und Aufgaben der Direktorin oder des Direktors sowie des wissenschaftlichen Beirates festlegen. Außerdem hat sie das Zusammenwirken zwischen den Organen des Zentrums, d. h. der Direktorin oder dem Direktor, dem wissenschaftlichem Beirat, dem Direktorium sowie dem Kuratorium zu bestimmen. Zudem sind auch Regelungen vorzusehen, die die erforderliche Unabhängigkeit der beteiligten Wissenschaftler sicherstellen. Auch organisatorische und haushalterische Vorgaben sind in der Satzung festzulegen. Dazu zählen auch die Vergütungsregelungen für den wissenschaftlichen Beirat sowie die Kostenerstattung durch externe Aufträge.

Zu § 139j

Die Unterstellung des Zentrums unter die Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ist erforderlich, um die rechtmäßige Durchführung der Aufgaben zu gewährleisten. Eine Fachaufsicht ist vor dem Hintergrund, dass das Zentrum bei seiner Aufgabenerfüllung unabhängig ist und allein wissenschaftlichen Ansprüchen genügen muss, nicht angeeignet.

Zu § 139k

Für die Einnahmen und Ausgaben hat das Zentrum einen eigenen Haushaltsplan aufzustellen. Die Notwendigkeit der Veranschlagung und Bewirtschaftung in einem gesonderten Haushaltsplan folgt aus der rechtlichen Selbständigkeit des Zentrums. Die erforderlichen Mittel für die Personalausgaben und sächlichen Verwaltungskosten werden dem Zentrum aus Haushaltsmitteln des Bundes zur Verfügung gestellt. Für die Verwaltung der Mittel und deren Verwendung finden die für den Bund geltenden haushaltsrechtlichen Vorschriften Anwendung.

Der Bund trägt den überwiegenden Teil der Kosten des Zentrums. Daher sind Genehmigungs- und Mitwirkungsrechte des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und des Bundesministeriums der Finanzen vorgesehen, die sich an den Regelungen des Haushaltsrechtes der Sozialversicherung anlehnen.

Zu § 139I**Zu Absatz 1**

Um die Arbeitsfähigkeit des Zentrums unmittelbar nach Inkrafttreten dieses Gesetzes sicherzustellen, sieht diese Übergangsregelung vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine kommissarische Leitung bis zur erstmaligen Berufung einer Direktorin oder eines Direktors sowie deren Stellvertretung bestimmt.

Zu Absatz 2

Es handelt sich hierbei ebenfalls um eine Übergangsregelung, die dem Zentrum eine unverzügliche Arbeitsaufnahme ermöglicht.

Zu Nummer 92 (§ 140a)**Zu Buchstabe a**

Die Neufassung verzichtet auf die beschreibende Darstellung der integrierten Versorgung. Sie ist fokussiert auf den „Kern“ der integrierten Versorgung: Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1. Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt.

Die Anbindung der integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragssystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie erweist sich so als eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung. Aus diesem Grunde wird die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140d, scheidet aus. Den Vertragspartnern wird so auch die Bedeutung ihrer alleinigen Verantwortung für die Versorgung der Versicherten verdeutlicht. Auch erhalten damit die am Aufbau integrierter Versorgung Beteiligten die Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume, die für die Ausgestaltung der die Integration konstituierenden Verträge und für innovatives unternehmerisches Handeln notwendig sind. Der Wettbewerb um eine sachgemessene und „kluge“ Integration der verschiedenen Leistungsbereiche setzt voraus, den Akteuren vor Ort Freiheit zur Gestaltung in Eigenverantwortung einzuräumen.

Zu Buchstabe b

Der Anspruch der Versicherten auf eine umfassende Unterrichtung durch ihre Krankenkasse bleibt. Von einem Anspruch gegen die teilnehmenden Leistungserbringer wird abgesehen. Eine „umfassende“ Information von nur interessierten Versicherten, die sich später nicht zwangsläufig für eine integrierte Versorgung entscheiden, kann ein nicht unbedeutendes finanzielles Ausmaß erreichen. Diese Kosten

müssten die teilnehmenden Leistungserbringer übernehmen. Für sie kann dies ein weiterer Grund dafür sein, sich von einer integrierten Versorgung fernzuhalten. Dieses Hindernis wird daher beseitigt.

Zu Nummer 93 (§ 140b)**Zu Buchstabe a**

Der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen wird erweitert. Ärzte werden nicht mehr nur als Mitglieder einer Gemeinschaft als Vertragspartner zur integrierten Versorgung zugelassen. Die Krankenkassen können auch mit Trägern von Gesundheitszentren und mit Trägern, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften) Verträge zur integrierten Versorgung abschließen. Darüber hinaus können die Krankenkassen in Abweichung von § 140 Eigeneinrichtungen zum Zweck einer integrierten Versorgung gründen. Die Ausdehnung des Kreises der Vertragspartner der Krankenkassen dient dazu, in Berücksichtigung der vielfältigen Interessen der Beteiligten die Möglichkeiten für eine spezifizizierte integrierte Versorgung zu erweitern.

Überdies wird der Wettbewerb gestärkt, wenn Beteiligte in unterschiedlichster Gesellschaftsform an einer integrierten Versorgung teilnehmen können. Dafür stehen sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere also die Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereinen.

Auch ist kein Grund mehr ersichtlich, den Krankenkassen die Errichtung von Eigeneinrichtungen zur integrierten Versorgung zu verwehren, nachdem neben der Versorgung im Rahmen des Kollektivvertragssystems optional die Möglichkeit eröffnet wird, dass Krankenkassen daneben auf einzelvertraglicher Grundlage die Versorgung der Versicherten sicherstellen können.

Auf die Anbindung an Rahmenvereinbarungen Dritter wird verzichtet. Dies ist bedingt durch die klarstellende Ablösung vom Sicherstellungsauftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Aus diesem Grund wird auch davon abgegangen, dass sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen können oder ihre Kassenärztliche Vereinigung mit der Verteilung der Vergütungen oder Vergütungsanteile in der integrierten Versorgung beauftragen können. Dabei mag dahinstehen, ob diese Möglichkeit nicht auch ohne ausdrückliche Erwähnung im Gesetz besteht. Es empfiehlt sich nicht, den Sicherstellungsauftrag mit neuen zusätzlichen Aufgaben im Interesse nur einzelner Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verbinden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten sich auf die Erfüllung des verbleibenden Sicherstellungsauftrags konzentrieren und sich nicht mit Hilfsfunktionen zugunsten einzelner Mitglieder bei der Erledigung von deren Aufgaben außerhalb des Sicherstellungsauftrags belasten.

Des Weiteren sieht die Regelung nicht mehr die Kassenärztlichen Vereinigungen als potentielle Vertragspartner einer integrierten Versorgung vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in das System einer einzelvertraglichen Vereinbarung über die Durchführung der Versorgung ohne Veränderung ihrer eigentlichen Aufgabe, der Erfüllung des

Sicherstellungsauftrags, nicht einzupassen. Sie sind als solche nicht Versorger und managen die Versorgung auch nicht im Rahmen von Einzelverträgen. Unberührt bleiben ihre Möglichkeiten, im Rahmen des Kollektivvertragssystems die Inhalte einer integrierten Versorgung, auch im Verbund mit anderen Leistungserbringern, mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Sie können sich dagegen nicht nach ihrer Aufgabenstellung aus dem Sicherstellungsauftrag zur Erbringung von Leistungen zur integrierten Versorgung verpflichten und ggf. für ein Fehlverhalten der die Versorgung unmittelbar durchführenden Leistungserbringer haftungsrechtlich einstehen. Auch sind die Beiträge ihrer Mitglieder ausschließlich dazu gedacht, die gesetzlichen Aufgaben nach dem Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen und nicht für das Aushandeln, die Überwachung und die Durchführung der Verträge zur integrierten Versorgung und damit nur für einzelne Mitglieder einzusetzen.

Zu Buchstabe b

Um Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung den Weg zu bereiten, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausdrücklich durchbrochen. Dies geschieht mit Rücksicht darauf, dass die Vertragspartner der Krankenkassen ein unternehmerisches Risiko eingehen und der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung in aller Regel bedingt, dass die Leistungserbringer erhebliche Investitionskosten aufzubringen haben. Dies gilt insbesondere für Konzeption und Ausarbeitung – ggf. unter Hinzuziehung der Hilfe Dritter – der Rechtsform der Gemeinschaften, der Organisation von Binnenstrukturen, der Vergütungsforderungen der Gemeinschaft wie aber auch der Entwicklung eines internen Vergütungssystems für alle an der integrierten Versorgungsleistung Beteiligten, der vertraglichen Leistungsbeschreibung einschließlich arbeitsteiliger Behandlungskonzepte, ggf. unter Beteiligung vertraglich angebundener externer Leistungserbringer, des Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagements einschließlich des Datensicherungs- und Datenschutzsystems wie aber auch der sektorübergreifenden Gestaltung der Versorgungsprozesse. Den Krankenkassen soll daher die Möglichkeit eröffnet sein, in Berücksichtigung und Anerkennung des erheblichen Entwicklungs- und Förderungsbedarfs leistungsorientierter integrierter Versorgungs- und Vergütungssysteme zur Überwindung von faktischen Hemmnissen und Defiziten, die vom Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung abschrecken könnten, auch finanzielle Mittel einzusetzen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird daher für eine Startphase der integrierten Versorgung ausgesetzt.

Des Weiteren wird für die Durchführung der integrierten Versorgung davon abgesehen, die Leistungserbringung an den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstigen Berechtigungstatus der beteiligten Leistungserbringer zu binden. Die Leistungserbringer sollen nicht die bisherigen sektorbezogenen Grenzen für die Versorgung der Versicherten in die integrierte Versorgung mit hinein nehmen müssen.

Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Die medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens hat Priorität.

Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifende Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden. Aus diesem Grunde ist veranlasst, die sich aus dem Zulassungsstatus einzelner Leistungserbringer ergebenden Zulassungsbeschränkungen nicht in die Abwicklung der integrierten Versorgung hineinzunehmen, sondern es der Absprache der Beteiligten in der integrierten Versorgung zu überlassen, wann, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Ausmaß die einzelnen Leistungserbringer bei der Durchführung der integrierten Versorgung Leistungen auch unabhängig von ihrem Zulassungsstatus – vorausgesetzt, die berufsrechtlichen Voraussetzungen liegen vor – sollen erbringen dürfen. Allerdings wird die Möglichkeit eines sektorübergreifenden oder interdisziplinären Austauschs der übernommenen Leistungsverpflichtungen nicht auf den Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung erstreckt. Bei Vertragsabschluss können die Beteiligten nicht über einen ihnen nicht zustehenden fremden Zulassungsstatus verfügen und sich diesen Status „vertraglich“ aneignen. Das Leistungsfeld für die integrierte Versorgung wird infolge dessen bei Vertragsabschluss von dem Zulassungsstatus abgesteckt, den die beteiligten Vertragspartner der Krankenkassen in die integrierte Versorgung „einbringen“.

Zu Buchstabe c

Der Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung wird ausgeschlossen. Die Vertragspartner sollen darauf vertrauen dürfen, dass das vertraglich abgesprochene Austauschverhältnis von Leistung und Gegenleistung (Vergütung) nicht durch den Beitritt Dritter aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Es bleibt Dritten unbenommen, Angebote mit vergleichbaren Bedingungen interessierten Krankenkassen abzugeben.

Zu Nummer 94 (§ 140c)

Zu Buchstabe a

In Satz 2 wird redaktionell klargestellt, dass Bemessungsmaßstab für die Vergütung sämtliche Leistungen sind, auf die sich der vertragliche Versorgungsauftrag erstreckt. Auch soweit Versicherte berechtigt um eine Versorgung bei anderen Leistungserbringern außerhalb der integrierten Versorgung nachsuchen, sind diese Leistungen aus der vertraglich vereinbarten Vergütung für die Ausführung des Versorgungsauftrags zu begleichen, sei es, dass die integrierte Versorgungsgemeinschaft von einer Krankenkasse bereits verauslagte Beträge aus der Vergütung zu erstatten hat, sei es, dass die integrierte Versorgungsgemeinschaft die Bezahlung der außerhalb der integrierten Versorgung in Anspruch genommenen Leistungen zu übernehmen hat.

Zu Buchstabe b

Der neu gefasste Satz 3 stellt klar, dass Versicherte nicht beliebig die integrierte Versorgung verlassen und Leistungen bei anderen, nicht teilnehmenden Leistungserbringern abrufen dürfen. Vielmehr ist die Inanspruchnahme nicht teilnehmender Leistungserbringer nur zulässig, wenn die Versicherten an diese Leistungserbringer überwiesen wurden oder der Vertrag zur integrierten Versorgung sie zur Inan-

spruchnahme nicht teilnehmender Leistungserbringer berechtigt. Es muss möglich sein, dass diese Leistungsanteile gesondert festgehalten werden, damit dann die jeweils anfallenden Vergütungsanteile den zugehörigen Leistungen zugeordnet werden können.

Zu den Nummern 95 und 96 (§§ 140d bis 140h)

Diese bislang geltenden Vorschriften werden aufgehoben, weil sie Hemmnisse, Defizite und Handicaps unterschiedlichster Art für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung enthalten.

Der bisherige § 140d wird aufgehoben, weil er ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Verbreitung der integrierten Versorgung war. Die die Vertragsparteien des Vertrages zur integrierten Versorgung bindende Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen griff in die autonome Entscheidung der Vertragspartner der integrierten Versorgung erheblich ein. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung gerieten damit in die Abhängigkeit Dritter, die weithin mit der integrierten Versorgung auf unterer Ebene nicht vereinbare Interessen einbringen. Um die Partner des Vertrages zur integrierten Versorgung von solchen Einflüssen, Interessen und Einflussnahmen Dritter unabhängig zu machen, wird die Überlagerung der Verträge zur integrierten Versorgung durch die Rahmenvereinbarung weggenommen. Es ist nunmehr Sache der Gestaltungsmacht, Innovationskraft und Kreativität der Vertragspartner zur integrierten Versorgung, in Orientierung an Sinn und Zweck einer integrierten Versorgung die Vertragsinhalte zu vereinbaren und eine adäquate Vergütung für die zugesagten Leistungen festzusetzen.

Entsprechendes gilt für die bisherige Möglichkeit der Spitzenverbände der Krankenkassen, mit anderen Spitzenorganisationen Rahmenvereinbarungen abzuschließen.

Des Weiteren wurde von der Bonusregelung in der integrierten Versorgung nach § 140g abgesehen. Der Bonus erweckt bei interessierten Vertragspartnern der Krankenkassen den Eindruck, dass an den wirtschaftlichen Erfolgen der integrierten Versorgung Dritte, nämlich die Versicherten, beteiligt werden. Entsprechend verengt sich der Spielraum für die auszuhandelnde Vergütung. Dies ist der Motivation und der Bereitschaft zum Einstieg in die integrierte Versorgung abträglich. Für die Versicherten sollte in erster Linie der Anreiz zur Teilnahme an der integrierten Versorgung darin bestehen, dass sie eine qualitativ verbesserte, patientenkonzentrierte Versorgung erwarten dürfen. Erfüllt sich diese Erwartung, deren Eintritt die Krankenkassen als Vertragspartner zu kontrollieren und notfalls auch mit rechtlichen Mitteln durchzusetzen haben, ziehen die Versicherten daraus einen enormen Vorteil. Dieser Vorteil sollte nicht dadurch aufs Spiel gesetzt werden, dass die Leistungserbringer, von denen ein höherer materieller wie auch ideeller Aufwand bei der Versorgung der Versicherten eingesetzt werden muss, ihre Gewinnaussichten geschmälert sehen und sie sich möglicherweise deshalb nicht für die Beteiligung in der integrierten Versorgung entscheiden.

Im Übrigen waren die Voraussetzungen für die Gewährung eines Bonus ohnehin schwer zu erfüllen. Es musste der

Nachweis geführt sein, dass die Versorgungsform der integrierten Versorgung zu Einsparungen geführt hatte. Dies wird zumindest in der Startphase einer integrierten Versorgung kaum vorstellbar sein.

Die geltende Fassung des § 140h erlaubte wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung ist auch ohne diese Vorschrift möglich. Auf sie wie auch auf die vorstehenden Vorschriften wird daher aus Gründen der Entbürokratisierung und Verschlankung des Gesetzestextes verzichtet.

Der neu gefasste § 140d übernimmt im Wesentlichen die bisherige Regelung in § 140f mit der Pflicht zur Bereinigung. Dabei beschränkt sich die Bereinigung nach Absatz 1 auf die Gesamtvergütungen und nach Absatz 2 auf die Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel in der ambulanten Versorgung; die Bereinigung in der stationären Versorgung erfolgt aufgrund des § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe e, § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 der Bundespflegegesetzverordnung.

Zu Nummer 97 (Zwölfter Abschnitt)

Der neue § 140e eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages Verträge zu schließen. Gegenstand dieser Verträge ist die Verpflichtung, die Versicherten im Krankheitsfall zu Lasten der Krankenkasse zu behandeln (auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip). Auch solche Verträge dürfen jedoch nur nach Maßgabe des im Inland geltenden Leistungsrechts geschlossen werden. Damit wird sichergestellt, dass den Versicherten auch bei Inanspruchnahme von entsprechenden Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages nur die Leistungen gewährt werden, auf die sie im Inland Anspruch hätten. Es wird im Übrigen Aufgabe der Krankenkasse sein, ihre Versicherten darüber zu informieren, an welchen Orten und mit welchen Leistungserbringern Verträge geschlossen wurden.

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (vgl. dazu § 13 Abs. 4 und 5 – neu –) hat dazu geführt, dass Versicherte auch Leistungserbringer in der Europäischen Union in Anspruch nehmen können, und zwar aufgrund von zwischen den Versicherten und den ausländischen Leistungserbringern autonom geschlossenen Liefer- bzw. Dienstleistungsverträgen. Das auf Vertrag gegründete Sachleistungsprinzip ermöglicht es den Versicherten, nicht auf ihre europarechtlich begründete Berechtigung zurückgreifen zu müssen, sich medizinische Waren- und Dienstleistungen selbst vertraglich – mit anschließender Kostenerstattung – zu beschaffen. Vielmehr versetzt § 140e die Krankenkasse in die Lage, das Versorgungsangebot im Ausland nach den maßgeblichen Versorgungskriterien selbst zu gestalten und dann für die Versicherten vorzuhalten.

Sofern eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist, können Krankenkassen – wie schon bisher – Verträge auch mit Leistungserbringern im Ausland abschließen.

Zu Nummer 98 (§ 142 Abs. 2)

Die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zu den Gutachten des Sachverständigenrates erübrigt sich. Die Streichung der Pflicht zur Abgabe einer Stellungnahme dient insofern dem Abbau bürokratischer Mehrarbeit. Die Gutachten werden mit erheblichem Zeitaufwand, großer Sorgfalt und auf hohem wissenschaftlichem Niveau erarbeitet. Sie stehen im Mittelpunkt der parlamentarischen Beratung.

Zu Nummer 99 (§ 144 Abs. 1)**Zu Buchstabe a**

Die Regelung stellt klar, dass eine Vereinigung von Ortskrankenkassen nur durch Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen auch dann möglich ist, wenn sich der Bezirk der vereinigten Krankenkasse über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Ein Staatsvertrag der beteiligten Länder ist dagegen bei freiwilligen Vereinigungen von Ortskrankenkassen nicht erforderlich. Nur in den Fällen, in denen die Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen keine entsprechenden Beschlüsse fassen, kann die Bildung landesübergreifender Ortskrankenkassen nur durch Staatsvertrag der beteiligten Länder nach § 143 Abs. 3 erfolgen.

Hierdurch wird das Organisationsrecht der Ortskrankenkassen an das der übrigen Kassenarten angeglichen, da auch für eine landesübergreifende Vereinigung von Betriebs- und Innungskrankenkassen ein Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen ausreichend ist. Durch die Regelung werden landesübergreifende Zusammenschlüsse von Ortskrankenkassen erleichtert.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird die Zuständigkeit für die Genehmigung von Zusammenschlüssen von Ortskrankenkassen auf die Aufsichtsbehörde verlagert, die für die Aufsicht über die vereinigte Krankenkasse zuständig ist. Hierdurch wird das Verfahren der Vereinigung von Ortskrankenkassen erleichtert und vereinfacht. Die Regelung trägt daher zu einem Bürokratieabbau bei. Zugleich bleiben die Beteiligungsrechte der bisherigen Aufsichtsbehörden gewahrt, die ihr Einvernehmen zu der Vereinigung erteilen müssen.

Zu Nummer 100 (§ 147 Abs. 2 und 3)**Zu Buchstabe a**

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erheblich intensiviert worden. Ein fairer Wettbewerb ist jedoch nur möglich, wenn für alle Krankenkassen weitgehend gleiche Wettbewerbsbedingungen gelten. Die geltende Regelung, wonach der Arbeitgeber entscheiden kann, ob er das Personal für die Betriebskrankenkasse anstellen und die Kosten hierfür tragen will, wird dem nicht in ausreichendem Maß gerecht. Die Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber sich für die Tragung der Personalkosten entschieden hat, sind im Wettbewerb begünstigt, da diese Kosten sich nicht im Beitragssatz niederschlagen. Die Personalkosten betragen bei den betroffenen Betriebskrankenkassen ca. 0,5 Beitragssatzpunkte und erreichen damit eine durchaus wettbe-

werbsrelevante Größenordnung. Aus diesem Grund werden die Betriebskrankenkassen zur Übernahme des mit der Führung der Geschäfte beauftragten Personals verpflichtet. Die Kosten hierfür haben sie – wie alle anderen Krankenkassen auch – aus ihrem Beitragsaufkommen zu finanzieren. Da die Beschäftigten dem Übergang zustimmen müssen, hätte ein sofortiger Personalübergang zur Folge, dass bei einer Ablehnung durch die Betroffenen die Arbeitsfähigkeit der Betriebskrankenkasse nicht mehr gegeben wäre. Deshalb wird für die Übernahme der Beschäftigten eine Übergangsfrist bis zum Ende des Jahres 2004 eingeführt. Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits bestehenden Betriebskrankenkassen haben daher spätestens vom 1. Januar 2005 an die Personalaufwendungen selber zu tragen. Neue Arbeitsverhältnisse können nach dem 1. Januar 2004 nur mit der Betriebskrankenkasse eingegangen werden.

Betriebskrankenkassen, die nach dem 1. Januar 2004 errichtet werden, haben die Personalaufwendungen sofort aus ihrem Beitragsaufkommen zu tragen.

Zu Buchstabe b

Durch die Vorschrift werden Betriebe von Leistungserbringern und ihren Verbänden vom Recht der Errichtung einer Betriebskrankenkasse ausgenommen. Dadurch soll verhindert werden, dass durch die Errichtung einer Betriebskrankenkasse, in deren Selbstverwaltung Vertragspartner der Krankenkassen oder ihrer Verbände als Arbeitgeber vertreten wären, der Grundsatz der Gegenerfreiheit im Verhältnis zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Leistungserbringern gefährdet wird. Die Vorschrift gilt für Betriebe zugelassener Leistungserbringer (z. B. Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln). Außerdem gilt sie für Betriebe, deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist. Dies sind alle Verbände, Vereinigungen und Berufsorganisationen der Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung, Bewertung, Abrechnung, Qualität oder Inhalte von Leistungen, über Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder Preise von Gesundheitsgütern vereinbaren. Hierzu gehören insbesondere die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und ihre Spitzenorganisationen, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Organisationen der Apotheker (Landes-, Bundesapothekerkammer), die Berufsorganisationen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhausärzte, die Landeskrankenhausesellschaften, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landes- und Bundesebene, die Verbände der sonstigen Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der Bundesinnungsverband der Zahntechniker. Die Vorschrift gilt nicht für pharmazeutische Unternehmer und deren Verbände, weil mit ihnen keine obligatorischen Vertragsbeziehungen bestehen. Sie gilt außerdem nicht für Leistungserbringer, die sich überwiegend auf anderen Geschäftsfeldern als der Leistungserbringung nach dem SGB V betätigen (z. B. Kommunen, die auch ein Krankenhaus betreiben). Unter diesen Voraussetzungen ist davon auszugehen, dass die Gründung einer Betriebskrankenkasse nicht zu Interessensvermischungen bei den Vertragsverhandlungen führt.

Zu Nummer 101 (§ 148 Abs. 1)

Als Folge der Einführung der Kassenwahlrechte und des Wegfalls der Basiskassenfunktion der Ortskrankenkassen sind mit Wirkung ab 1. Januar 1996 besondere Schutzregelungen für Ortskrankenkassen bei Errichtung von Betriebskrankenkassen abgeschafft worden (Artikel 2 Nr. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes). Ein Anhörungsrecht von Ortskrankenkassen bei der Errichtung von Betriebskrankenkassen ist deshalb ebenfalls entbehrlich.

Zu Nummer 102 (§ 149)

Nach bisherigem Recht kann der Bezirk einer Betriebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere seiner Betriebe ausgedehnt werden. Dies ermöglicht es, etwa in den Fällen des Erwerbs zusätzlicher Betriebe durch den Arbeitgeber, diese in einem vereinfachten Verfahren in den Zuständigkeitsbereich der Betriebskrankenkasse einzubeziehen. Bei Betriebskrankenkassen, die sich für betriebsfremde Versicherte geöffnet haben, besteht ein Bezug zum Trägerbetrieb und seinem Arbeitgeber jedoch nicht mehr. Die Beibehaltung des Antragsrechts des Arbeitgebers ist daher sachlich nicht mehr zu rechtfertigen. Außerdem kann das Antragsrecht bei geöffneten Betriebskrankenkassen auch vom Arbeitgeber genutzt werden, um regionale Wettbewerbsungleichgewichte zu schaffen. Die Regelung stellt daher klar, dass die Ausdehnung des Bezirks einer Betriebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere seiner Betriebe nur bei Betriebskrankenkassen möglich ist, die nicht für betriebsfremde Versicherte geöffnet sind. Die Regelung entspricht einer Anregung der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen.

Zu Nummer 103 (§ 150 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 144 Abs. 1 Satz 2. Die Änderung der Zuständigkeit für die Genehmigung einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen entspricht der bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

Zu Nummer 104 (§ 155 Abs. 4)**Zu Buchstabe a**

Nach geltendem Recht haftet nach Schließung einer Betriebskrankenkasse für verbleibende Verpflichtungen der Arbeitgeber, wenn die Betriebskrankenkasse nicht für betriebsfremde Versicherte geöffnet ist, bei geöffneten Betriebskrankenkassen haftet der Landesverband. Diese Regelung kann bei drohender Wettbewerbs- oder Leistungsunfähigkeit einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse missbräuchlich genutzt werden, indem der betroffene Arbeitgeber bei sich abzeichnender Kassenschließung rechtzeitig vorher einen Öffnungsbeschluss im Verwaltungsrat herbeiführt. Hierdurch kann sich der Trägerarbeitgeber den drohenden Haftungspflichten entziehen und diese auf den Landesverband abwälzen. Um dies zu vermeiden, hat der Arbeitgeber künftig die Verpflichtungen der Betriebskrankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit des Öffnungsbeschlusses auszugleichen, soweit sie das Vermögen der Betriebskrankenkasse übersteigen. Eine missbräuchliche Nutzung der Öffnungsmöglichkeit wird hierdurch erschwert.

Zu Buchstabe b

Die Haftung des Landesverbandes für die Verbindlichkeiten der aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse hat zur Folge, dass letztlich die übrigen Verbandsmitglieder die finanziellen Folgen der Auflösung oder Schließung der Krankenkasse zu tragen haben. Bestanden im Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung Verbindlichkeiten größeren Ausmaßes, kann dies eine erhebliche Belastung der verbliebenen Verbandsmitglieder zur Folge haben. Da die Höhe dieser Belastung von der einzelnen Krankenkasse nur begrenzt vorhersehbar oder planbar ist, ist nicht auszuschließen, dass einzelne Krankenkassen ihren Beitragssatz anheben müssen, um die Verbindlichkeiten der aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse zu erfüllen. Um die haushaltsrechtliche Planbarkeit dieser finanziellen Belastungen aufgrund der Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse zu erhöhen, erhalten die Landesverbände die Möglichkeit, bereits vor Eintritt eines Haftungsfalls einen Fonds aus Mitteln ihrer Verbandsmitglieder aufzubauen, dessen Mittel zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen aufgrund der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse zu verwenden sind. Dies hat zur Folge, dass die Haftungsbeträge auf mehrere Jahre verteilt werden können, sodass die Belastung der Verbandsmitglieder im Jahr der Schließung oder Auflösung der Krankenkasse begrenzt wird. Eine weitere Erleichterung kann sich für die verbleibenden Verbandsmitglieder ergeben, wenn der Bundesverband ebenfalls von der Möglichkeit der Bildung eines Haftungsfonds Gebrauch gemacht hat und den haftenden Landesverband aus den Mitteln dieses Fonds unterstützt. Aufgrund der Regelung in § 146a Satz 3 sowie der Änderungen in §§ 164 und 171 gilt die Neuregelung auch für die Verbände der Orts- und Innungskrankenkassen sowie der Ersatzkassen.

Zu Nummer 105 (§ 157 Abs. 3)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 147 Abs. 3. Durch die Vorschrift werden Handwerksbetriebe von Leistungserbringern vom Recht der Errichtung einer Innungskrankenkasse ausgenommen. Dadurch soll verhindert werden, dass es durch die Errichtung einer Innungskrankenkasse, in deren Selbstverwaltung Vertragspartner der Krankenkassen oder ihrer Verbände als Arbeitgeber vertreten wären, der Grundsatz der Gegnerfreiheit im Verhältnis zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Leistungserbringern gefährdet wird.

Zu Nummer 106 (§ 158 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 148 Abs. 1. Die Streichung des Anhörungsrechts von Ortskrankenkassen bei Errichtung von Innungskrankenkassen entspricht der bei Errichtung von Betriebskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

Zu Nummer 107 (§ 159)

Die Streichung des Anhörungsrechts von Ortskrankenkassen bei der Ausdehnung von Innungskrankenkassen auf weitere Handwerksinnungen entspricht der bei Errichtung von Innungskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung (vgl. Begründung zu § 158 Abs. 1).

Zu Nummer 108 (§ 160 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 144 Abs. 1 Satz 2. Die Änderung der Zuständigkeit für die Genehmigung einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen entspricht der bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

Zu Nummer 109 (§ 164 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 155 Abs. 4 Satz 6 und § 155 Abs. 5 (neu). Durch die Ergänzung wird der Missbrauch der Öffnungsmöglichkeit von Innungskrankenkassen durch das Abwälzen von Haftungs- und Leistungspflichten der Trägerinnung auf die Verbände der Innungskrankenkassen erschwert. Außerdem erhalten die Landesverbände und der Bundesverband der Innungskrankenkassen die Möglichkeit, in ihren Satzungen die Bildung eines Fonds zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtungen bei Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse vorzusehen.

Zu Nummer 110 (§ 168a Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 144 Abs. 1 Satz 2 (neu). Die Änderung der Zuständigkeit für die Genehmigung einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen entspricht der bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

Zu Nummer 111 (§ 171)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 155 Abs. 5 für den Bereich der Ersatzkassen.

Zu Nummer 112 (Überschrift des Achten Titels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 171a.

Zu Nummer 113 (§ 171a)**Zu Absatz 1**

Die Regelung ermöglicht eine freiwillige Vereinigung von Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen auch über die Kassenartengrenzen hinweg. Hierdurch wird der Prozess der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten dieser Krankenkassen und der Angleichung der Wettbewerbsebenen der Krankenkassen beschleunigt. Zwar hat sich die Zahl der Krankenkassen bereits aufgrund der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Fusionserleichterungen von 1 209 im Jahr 1991 auf 349 im September 2002 verringert. Gleichwohl gibt es auch mehr als 10 Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes noch eine Vielzahl kleiner und sehr kleiner Krankenkassen. So haben ca. 95 Krankenkassen weniger als 5 000 Mitglieder, davon haben sogar 12 Krankenkassen weniger als 1 000 Mitglieder. Die Zahl der Krankenkassen mit weniger als 10 000 Mitgliedern beträgt ca. 150 und macht damit einen erheblichen Anteil an der Gesamtzahl der Krankenkassen aus. Die in den letzten Jahren vorgenommenen Aufgabenübertragungen auf die Krankenkassen haben jedoch, ebenso wie die im vorliegenden Gesetz enthaltenen Maßnahmen, die Anforderungen an die Verwaltung der Krankenkassen und die Organisation der

Leistungserbringung durch die Krankenkassen erheblich erhöht. Dies gilt etwa für die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die den Versicherten von ihrer jeweiligen Krankenkasse angeboten werden können oder für die vertragsrechtlichen Flexibilisierungen aufgrund dieses Gesetzes. Kleine Krankenkassen sind jedoch nur beschränkt in der Lage, diesen erhöhten Anforderungen in wirtschaftlicher Weise gerecht zu werden. Daher ist es wünschenswert, dass sich die Krankenkassen zu größeren Einheiten zusammenschließen, die auf Dauer wettbewerbs- und leistungsfähig sind. Um die bisher noch ungenutzten Potentiale für Kassenzusammenschlüsse zu nutzen, soll daher künftig auch eine Vereinigung von Krankenkassen über die Grenzen der Kassenarten hinweg möglich sein.

Die Vereinigung erfolgt durch Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen. Sie ist von der für die vereinigte Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden entscheidet. Hierdurch wird, ebenso wie bei kassenarteninternen Fusionen auch, das Verfahren der Vereinigung erleichtert und vereinfacht. Zugleich bleiben die Beteiligungsrechte der bisherigen Aufsichtsbehörden gewahrt (vgl. Änderung zu § 144 Buchstabe b). Für das Verfahren und die Rechtsfolgen der Vereinigung im Übrigen gilt – wie auch bei kassenarteninternen Vereinigungen – die Regelung des § 144 Abs. 2 bis 4.

Diese Erweiterung der Vereinigungsmöglichkeiten gilt nicht für die Sondersysteme der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse. Aufgrund der für diese Kassenarten geltenden beitrags- und leistungsrechtlichen Besonderheiten sowie der Sonderregelungen in Bezug auf die Kassenzuständigkeit ist eine Vereinigung mit Krankenkassen anderer Kassenarten nicht ohne weiteres möglich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt fest, welcher Kassenart die vereinigte Krankenkasse zuzuordnen ist. Die Regelung ist erforderlich, da Klarheit darüber bestehen muss, welche organisationsrechtlichen Regelungen auf die vereinigte Krankenkasse Anwendung finden. Maßgebliches Kriterium für diese Zuordnung ist die Mitgliederzahl der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen an dem Tag, an dem die Genehmigung der Vereinigung beantragt wird. Da die mitgliederstärkste der an der Fusion beteiligten Krankenkassen in der Regel den Fusionsprozess und das Erscheinungsbild der neuen Krankenkasse maßgeblich prägt, soll die neue Krankenkasse der gleichen Kassenart zugeordnet werden, der auch die vor der Fusion mitgliederstärkste Krankenkasse angehört hat. Könnte die Kassenart, der die vereinigte Krankenkasse angehört, dagegen von der an der Fusion beteiligten Krankenkassen gewählt werden, könnte sich eine Krankenkasse den aus der bisherigen Verbandsmitgliedschaft resultierenden Verpflichtungen, wie etwa Haftungsverpflichtungen (§ 155 Abs. 4, § 164 Abs. 1) oder Verpflichtungen zur Leistung kassenarteninterner Finanzhilfen (§ 265a) auch dann entziehen, wenn sie sich mit einer erheblich kleineren Krankenkasse vereinigt. Auch könnte eine Krankenkasse bei Einräumung eines derartigen Wahlrechts die Kassenart und damit die Verbandszugehörigkeit durch die Wahl entsprechender

Fusionspartner in kurzen Abständen mehrfach wechseln. Dies würde nicht nur die Planbarkeit der Arbeit und der finanziellen Ausstattung der Verbände in Frage stellen. Auch die Durchführung des Risikostrukturausgleichs, bei der die Verbände der Krankenkassen eine wichtige Rolle spielen, würde erheblich erschwert.

Änderungen des Mitgliederbestandes im Zeitraum zwischen der Beantragung und der Erteilung der Genehmigung ändern die Kassenartenzuordnung der vereinigten Krankenkasse nicht. Dies ist sachgerecht, da auf der Grundlage dieses Antrags über die Genehmigung der Vereinigung zu entscheiden ist.

Satz 2 enthält eine Folgeregelung zur Sicherung der Ansprüche der DO-Angestellten durch die vereinigte Krankenkasse.

Zu Nummer 114 (§ 172)

Zu Absatz 1

Die bestehenden Anhörungsrechte der betroffenen Verbände bei Errichtung, Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen werden um den Tatbestand der Öffnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen erweitert. Konsequenz einer Öffnung dieser Krankenkassen ist, dass die Haftung bei Schließung dieser Krankenkassen vom Arbeitgeber bzw. von der Innung auf die Verbände der geschlossenen Betriebs- oder Innungskrankenkasse übergeht. Dementsprechend sollen die betroffenen Verbände auch eine Mitwirkungsmöglichkeit bei Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse erhalten. Dadurch kann einer missbräuchlichen Anwendung der Öffnungs- und Haftungsregelung entgegengewirkt werden (vgl. auch zu § 155 Abs. 4 und § 164 Abs. 1). Das Anhörungsrecht der Verbände besteht auch, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt, da sich auch in diesem Fall die Haftungszuständigkeit ändert.

Zu Absatz 2

Wird eine Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde geschlossen, weil ihre Leistungsfähigkeit nicht dauerhaft gesichert ist, und reicht das Vermögen der geschlossenen Krankenkasse oder – bei nicht geöffneten Betriebs- oder Innungskrankenkassen – das Vermögen des Trägerarbeitgebers oder der Trägerinnung nicht aus, um die Verbindlichkeiten der Krankenkasse gegenüber ihren Gläubigern zu befriedigen, haftet der Verband für die ausstehenden Verbindlichkeiten der geschlossenen Krankenkasse (§ 155 Abs. 4 Satz 3 bis 5 für Betriebskrankenkassen, § 164 Abs. 1 Satz 4 bis 6 für Innungskrankenkassen, § 146a für Ortskrankenkassen und § 171 Satz 2 für Ersatzkassen). Letztlich haben also die übrigen Verbandsmitglieder die finanziellen Folgen der Schließung der Krankenkasse zu tragen. Nach geltendem Recht hat der Verband, dem die geschlossene Krankenkasse angehört hat, aber keine Möglichkeit, das ihn treffende Haftungsrisiko frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen abzuwenden. Damit der haftende Verband schon im Vorfeld eines Haftungsfalls die erforderlichen Informationen über die finanzielle Situation seiner Mitgliedschaften erhält, sind die Krankenkassen künftig verpflichtet, ihm auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung der dauerhaf-

ten Leistungsfähigkeit einer Mitgliedschaft erforderlich sind. Um eine umfassende Information des Verbands sicherzustellen, kann dieser bestimmen, welche Unterlagen im Einzelnen vorzulegen und welche Auskünfte zu erteilen sind. Der Verband kann auch darüber entscheiden, ob eine Krankenkasse ihrer Informationspflicht dadurch nachkommen kann, dass sie dem Verband in ihren Räumen Einsichtnahme in die fraglichen Unterlagen gewährt.

Hält der Verband aufgrund der nach Satz 1 übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für bedroht, hat er diese über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten. Diese Beratungspflicht greift schon dann, bevor festgestellt werden kann, dass die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse nicht mehr auf Dauer gesichert ist, da die Krankenkasse in diesem Fall geschlossen werden müsste. Zugleich hat der Verband die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die erfolgte Beratung zu unterrichten. Hierdurch wird der Informationskreislauf zwischen Krankenkasse, Verband und Aufsichtsbehörde geschlossen. Die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Krankenkasse können sodann von der Aufsichtsbehörde im Rahmen ihrer aufsichtsrechtlichen Befugnisse ergriffen werden.

Zu Nummer 115 (§ 173 Abs. 2)

Satz 1 der Neuregelung stellt klar, dass eine Entscheidung zur Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse für betriebs- oder innungsfremde Versicherte unwiderruflich ist. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Öffnung einer Krankenkasse eine grundlegende organisatorische Neuausrichtung der Krankenkasse darstellt, durch die der sachliche Bezug zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung aufgegeben wird. Diese Bindung an den Trägerbetrieb bzw. die Trägerinnung äußert sich insbesondere in der weitgehenden Dispositionsbefugnis des Arbeitgebers bzw. der Innung über Errichtung und Auflösung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse, in der Arbeitgeber- bzw. Innungshaftung für die Verpflichtungen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie in dem Erfordernis der Zustimmung zur Errichtung durch die Beschäftigten des Betriebs bzw. der Innungsbetriebe. Der durch die Öffnungsentscheidung aufgelöste Bezug zum Trägerbetrieb bzw. zur Trägerinnung kann nicht mehr neu begründet werden. Durch die Möglichkeit zur Öffnung für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte können Betriebs- und Innungskrankenkassen außerdem selber über ihren organisationsrechtlichen Zuschnitt und den Umfang ihrer Teilnahme am Wettbewerb mit anderen Krankenkassen entscheiden. Vergleichbare Gestaltungsmöglichkeiten haben andere im Wettbewerb stehende Krankenkassen nicht. Der Widerruf einer Öffnungsentscheidung stünde daher nicht in Einklang mit der Zielsetzung einer Angleichung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Krankenkassen. Schließlich sind auch die Haftungsregelungen in § 155 Abs. 4 und § 164 Abs. 1 mit wiederholten Änderungen der Öffnungsentscheidung nicht zu vereinbaren.

Satz 2 der Ergänzung stellt klar, dass Betriebskrankenkassen oder Innungskrankenkassen nach einer Vereinigung geöffnet bleiben, wenn an der Vereinigung eine oder mehrere

geöffnete Krankenkassen beteiligt sind. Damit wird verhindert, dass die Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse durch Vereinigung mit einer nicht geöffneten Krankenkasse rückgängig gemacht werden kann. Außerdem wird dadurch verhindert, dass der Arbeitgeber bei Schließung einer nicht mehr geöffneten vereinigten Krankenkasse die Haftung auch für Verbindlichkeiten übernehmen muss, die aus dem Versicherungsverhältnis der nicht in den Träger- oder Innungsbetrieben Beschäftigten entstanden sind.

Satz 3 der Neuregelung soll Wettbewerbsverzerrungen verhindern, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen sowie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen entstehen können. Da es auch den gesetzlichen Krankenkassen rechtlich nicht möglich ist, nach dem Äquivalenzprinzip finanzierte Zusatzleistungen anzubieten, sollen ordnungs- und wettbewerbspolitisch bedenkliche Öffnungen von Betriebskrankenkassen privater Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen ebenfalls verhindert werden. Die Abgrenzung der von der Regelung betroffenen Betriebskrankenkassen orientiert sich aus Gründen der Rechtsklarheit am Errichtungszweck der Betriebskrankenkasse. Eine ursprünglich für den Betrieb eines Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmens errichtete Betriebskrankenkasse ist somit auch dann von der Regelung betroffen, wenn die in der Betriebskrankenkasse Versicherten nicht mehr beim Trägerarbeitsgeber beschäftigt sind.

Der Zweck der Regelung ist nur erreichbar, wenn die Öffnung für die betroffene Betriebskrankenkasse auch nach einer Vereinigung mit einer anderen Betriebskrankenkasse ausgeschlossen bleibt: Dies gilt auch, wenn eine Betriebskrankenkasse eines Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmens mit einer bereits geöffneten Betriebskrankenkasse vereinigt wird. In diesem Fall darf die Satzung der neuen Betriebskrankenkasse keine Öffnungsregelung enthalten; Satz 2 der Neuregelung gilt hier nicht.

Satz 4 der Neuregelung legt den Kassenbezirk einer Krankenkasse fest, die aus einer Vereinigung mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart nach § 171a hervorgegangen ist. Maßgeblich hierfür ist – ebenso wie bei der Zuordnung dieser Krankenkasse zu einer Kassenart (vgl. § 171a Abs. 2 Satz 1) – die Mitgliederzahl der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen. Danach ist die vereinigte Krankenkasse in der gleichen Region wählbar, in der auch die mitgliederstärkste an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse wählbar war. Handelte es sich hierbei um eine bundesweit wählbare Krankenkasse, ist auch die vereinigte Krankenkasse bundesweit wählbar. War die mitgliederstärkste Krankenkasse dagegen nur in einer bestimmten Region wählbar, wie z. B. im Fall einer Ortskrankenkasse, gilt dies auch für die vereinigte Krankenkasse, selbst wenn die an der Fusion beteiligten mitgliederschwächere Krankenkasse in einer anderen oder in einer flächenmäßig größeren Region gewählt werden konnte. Hierdurch wird eine Kongruenz zwischen der Zuordnung zur Kassenart nach § 171a Abs. 2 Satz 1 und der Abgrenzung des Kassenbezirks der neuen Krankenkasse erreicht: Eine Ortskrankenkasse, die sich z. B. mit einer mitgliederschwächeren, aber bundesweit wählbaren Betriebskrankenkasse vereinigt, wird aufgrund der Regelung des

§ 171a Abs. 2 Satz 1 weiterhin der Kassenart der Ortskrankenkassen zugeordnet. Würde sie aufgrund dieser Vereinigung bundesweit wählbar, stünde dies im Widerspruch zum historisch gewachsenen Erscheinungsbild der Ortskrankenkassen, das Überschneidungen der Kassenbezirke einzelner Mitgliedskassen und daher einen systeminternen Wettbewerb nicht kennt.

Die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, die außerhalb des Bezirks der vereinigten Krankenkasse wohnen oder beschäftigt sind, verlieren hierdurch nicht ihre Zugehörigkeit zu dieser Krankenkasse, jedoch darf sie keine neuen Mitglieder aus diesen Regionen mehr aufnehmen.

Handelte es sich bei der mitgliederstärksten an der kassenartenübergreifenden Vereinigung beteiligten Krankenkasse um eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, und war diese nicht für betriebs- oder innungsfremde Versicherte geöffnet, wird die neue Krankenkasse in Bezug auf ihren Kassenbezirk so gestellt, als ob die Betriebs- oder Innungskrankenkasse bereits vor der Fusion für betriebs- und innungsfremde Versicherte geöffnet gewesen wäre. Durch die Vereinigung einer bisher nicht für betriebs- oder innungsfremde Versicherte geöffneten Betriebs- oder Innungskrankenkasse mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart gewinnt die Betriebs- oder Innungskrankenkasse Versicherte in unter Umständen erheblicher Zahl hinzu, die bisher in keiner Beziehung zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung gestanden haben. Daher wäre es nicht sachgerecht, den Bezirk der neuen Krankenkasse weiterhin betriebs- oder innungsbezogen abzugrenzen.

Zu Nummer 116 (§ 175 Abs. 4)

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Anwendung des Sonderkündigungsrechts im Fall der Beitragserhöhung einer Krankenkasse. Nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte ist Unsicherheit darüber entstanden, innerhalb welchen Zeitraums das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden muss. Da das Sonderkündigungsrecht nur aus Anlass der Beitragserhöhung besteht, ist es sachgerecht, dass seine Ausübung auch nur innerhalb einer bestimmten Frist nach dieser Erhöhung ausgeübt werden kann. Wäre eine Ausübung des Sonderkündigungsrechts dagegen noch längere Zeit nach der Beitragserhöhung möglich, wäre diese möglicherweise nicht mehr in jedem Fall der ausschlaggebende Beweggrund für die Kündigung. Aus diesem Grund wird klargestellt, dass das Sonderkündigungsrecht nur innerhalb von zwei Monaten nach dem Inkrafttreten der Beitragserhöhung ausgeübt werden kann. Dieser Zeitraum erscheint ausreichend, damit die Mitglieder Kenntnis von der Beitragserhöhung erhalten und die Entscheidung über die Ausübung des Sonderkündigungsrechts treffen können. Wird das Sonderkündigungsrecht ausgeübt, endet die Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 Satz 2 – wie bei anderen Kündigungen auch – zum Ende des übernächsten auf die Kündigung folgenden Monats.

Zu Nummer 117 (§ 191)

In Eingaben und Petitionen ist in der Vergangenheit immer wieder deutlich geworden, dass freiwillige Mitglieder, deren Mitgliedschaft wegen der Nichtzahlung von Krankenversicherungsbeiträgen endet, nicht hinreichend über die Rechtsfolgen des Endes ihrer Mitgliedschaft unterrichtet

sind. Insbesondere ist ihnen vielfach nicht bekannt, dass nach dem Ende der Mitgliedschaft der Beitritt auch zu einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist, sodass eine erneute Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erst wieder möglich ist, wenn sie erneut die Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllen. Durch den ausdrücklichen Hinweis hierauf sollen die Betroffenen in verstärktem Maße als bisher dazu veranlasst werden, die rückständigen Beiträge bis zum nächsten Zahltag auszugleichen. Das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt hat eine derartige Hinweispflicht schon aus dem geltenden Recht abgeleitet (Urteil vom 14. November 2001 – L 4 B 11/01 KR ER –). Um zu vermeiden, dass in den einzelnen Landessozialgerichtsbezirken unterschiedliche Anforderungen an die Hinweispflicht der Krankenkassen gestellt werden, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass freiwillige Mitglieder, die sich in finanziellen Schwierigkeiten befinden, oftmals nicht ausreichend darüber informiert sind, dass das Bundessozialhilfegesetz unter bestimmten Voraussetzungen eine Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen vorsieht. So sind gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 BSHG für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des SGB V die Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 BSHG für die Hilfe zum Lebensunterhalt erfüllen. Außerdem können gemäß § 13 Abs. 2 BSHG in sonstigen Fällen Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernommen werden, soweit sie angemessen sind. Schließlich sind Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen, wenn laufende Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer – bis zu einem halben Jahr – zu gewähren ist. Durch die Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten kann das Ende einer Mitgliedschaft aufgrund von Beitragsrückständen in vielen Fällen vermieden werden.

Zu Nummer 118 (§ 194 Abs. 1a)

Nach bisherigem Recht handeln Krankenkassen wettbewerbswidrig, wenn sie ihren Versicherten in Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen Zusatzversicherungen anbieten (vgl. Urteil des BGH vom 19. Januar 1995 zu Zusatzsterbegeldversicherungen). Mit der Regelung wird den Krankenkassen nun die Möglichkeit eingeräumt, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren. Da die Krankenkassen hierbei nicht wie bei den im Vierten Kapitel geregelten Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern ihren öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag erfüllen, finden die Vorschriften des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Übrigen Anwendung.

Gegenstand der Kooperation ist die Vermittlung insbesondere der in Satz 2 aufgeführten Zusatzversicherungsverträge zwischen den Versicherten der Krankenkasse und den Versicherungsunternehmen. Hierdurch soll dem Wunsch der Versicherten Rechnung getragen werden, bestimmte Versicherungen, die ihren Krankenversicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können. Eine Vermittlung von Versicherungsverträgen, die keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen, ist daher nicht zulässig. Vertragspartner der Versicherten werden nicht die Krankenkassen selbst, sondern die privaten Versicherungsunternehmen. Die konkreten Inhalte der Vermitt-

lungstätigkeit der Krankenkassen werden in aller Regel Gegenstand von Rahmenvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Versicherungsunternehmen sein. Dieses Tätigkeitsfeld gehört zu den Bereichen, in denen der Verwaltungsrat den Vorstand nach § 197 Abs. 1 Nr. 1a zu überwachen hat. Die Versicherten der Krankenkassen können von einer solchen Vermittlung eines Versicherungsvertrages insbesondere dann profitieren, wenn die Krankenkasse für sie günstige Gruppentarife ausgehandelt hat. Die Vorschriften des Sozialgesetzbuches zum Schutz der Sozialdaten bleiben unberührt. Eine Weitergabe von Versichertenadressen an den Kooperationspartner ist daher nicht zulässig. Die Krankenkassen erlangen im Übrigen durch die Vorschrift nicht die Befugnis, dem Datenschutz unterliegende Versichertendaten in zweckwidriger, dem Datenschutz widersprechender Weise zu verwenden.

Zu Nummer 119 (§ 197a)

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, innerhalb ihrer Organisation verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungseinrichtungen zur Korruptionsbekämpfung einzurichten. Die Ausführungen in der Begründung zu § 81a (neu) zu den Kassenärztlichen Vereinigungen gelten für die Krankenkassen entsprechend.

Zu Nummer 120 (§ 212 Abs. 5)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Verbände und die Ersatzkassen geltenden Vorschriften zur Transparenz der Vergütungen und der Versorgungsregelungen der Vorstandsmitglieder auch für die Verbände der Ersatzkassen Anwendung finden.

Zu Nummer 121 (§ 217)

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Nummer 122 (§ 220 Abs. 4)

Die Vorschrift stellt sicher, dass sich die durch Steuerfinanzierung erzielten Entlastungen voll und die weiteren durch das GMG bewirkten Ausgabenminderungen mindestens zur Hälfte in der Höhe der Beitragssätze und Beitragsklassen auswirken und nicht nur zur Auffüllung der Rücklagen und zum Schuldenabbau verwendet werden.

Zu Nummer 123 (§ 221)

Mit dieser Regelung wird der GKV das Aufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer als pauschale Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen vom Bund zur Verfügung gestellt.

Dabei wird davon ausgegangen, dass der Bund halbjährlich einen Abschlag zahlt und zum 1. Februar des Folgejahres eine genaue Ermittlung erfolgt, wie hoch das Aufkommen aus der Tabaksteuererhöhung im vorangegangenen Jahr tatsächlich war. Wenn die Abschlagszahlungen zu niedrig waren, wird nachgezahlt. Wenn das Aufkommen niedriger war als die Abschlagszahlungen, besteht ein Rückzahlungsanspruch des Bundes. Ab 2007 sollen die jährlichen Zuzahlungen des Bundes auf Dauer höchstens bis zu dem für 2006 festgestellten Betrag geleistet werden. Vorjahresmehrauf-

kommen ist dabei das für 2006 festgestellte Mehraufkommen aus den in Absatz 1 genannten Tabaksteuererhöhungen.

Die Abrechnung erfolgt über das Bundesversicherungsamt und eine Clearingstelle der Krankenkassen.

Das Nähere über die Abrechnung und den Schlüssel für die Verteilung auf die Krankenkassen soll in einer Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates geregelt werden.

Zu Nummer 124

Entfällt.

Zu Nummer 125

Entfällt.

Zu Nummer 126

Entfällt.

Zu Nummer 127 (§ 240)

Die Regelung beseitigt die in der Praxis aufgetretenen Zweifelsfragen und stellt klar, dass der Existenzgründungszuschuss nach Absatz 4 Satz 2 nicht als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen ist. Dieser Zuschuss zur sozialen Sicherung ist während einer bis zu 3-jährigen „Startphase“ zu verwenden, während z. B. das Überbrückungsgeld der Sicherung des Lebensunterhalts in den ersten 6 Monaten der Selbständigkeit dient. Aus dieser unterschiedlichen Zweckbestimmung folgt, dass der Existenzgründungszuschuss nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen zu zählen ist und daher nicht zur Beitragsbemessung herangezogen werden soll.

Zu Nummer 128 (§ 248)

Durch die Neuregelung werden Rentner, die Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit erhalten, in angemessenem Umfang an der Finanzierung der Leistungsaufwendungen für sie beteiligt. Als die Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen durch das Renten Anpassungsgesetz 1982 (RAG'82) mit Wirkung vom 1. Januar 1983 eingeführt wurde, wurden die Leistungsaufwendungen für Rentner durch deren eigenen Beiträge noch zu ca. 60 % gedeckt. Inzwischen decken die eigenen Beiträge der Rentner nur noch ca. 43 % der Leistungsaufwendungen für sie. Es ist daher ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen. Da die Empfänger von Versorgungsbezügen durch deren Zahlstellen lückenlos erfasst sind, erfolgt auch eine für alle gerechte Belastung, der sich niemand entziehen kann. Hinsichtlich des Arbeitseinkommens bleibt es wie bisher bei der Meldepflicht dieser Bezüge durch die Versicherten. Für Rentner, die nicht über Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen als zusätzliche, ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit steigernden Einnahmen verfügen, treten keine neuen Belastungen ein.

Zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen gehören nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 auch die Renten und Landabgaberechten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der

Landwirte (AdL). Mit der Regelung in Satz 2 (neu) wird erreicht, dass für die Beitragsbemessung aus Renten der AdL wie bisher der halbe allgemeine Beitragssatz Anwendung findet.

Der sich daraus ergebende Beitrag wird wie bisher allein vom AdL-Rentner getragen. Für die AdL-Rentner und die landwirtschaftlichen Alterskassen werden damit gegenüber dem geltenden Recht Mehrbelastungen vermieden. Die Gleichstellung der AdL-Rentner mit den Rentnern der gesetzlichen Rentenversicherung, die aus ihrer Rente ebenfalls den halben allgemeinen Beitragssatz zahlen (§§ 247, 249a), bleibt erhalten.

Zu Nummer 129 (§ 249)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Regelung wird die Verschiebung der paritätischen Finanzierung (Beitragstragung von Arbeitnehmer und Arbeitgebern je zur Hälfte) zu Lasten des Versichertenanteils in Höhe des Finanzierungsanteils für die Krankengeldausgaben geregelt. Ziel ist die alleinige Finanzierung des Krankengeldes durch die Versicherten und eine Entlastung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber um diesen Betrag. Mit dieser Regelung verändert sich der allgemeine Beitragssatz nicht. Da dieser auch für die Zahlungen aus der Rente maßgeblich bleibt, beteiligen sich auch die Rentner weiterhin an der Finanzierung des Krankengeldes.

Diese Lösung ist gegenüber der Erhebung eines eigenständigen, durch die Versicherten zu leistenden, besonderen Beitrags zu favorisieren. Die dadurch gewährleistete weitere Einbeziehung des Krankengeldes in den Risikostrukturausgleich und den Risikopool ist erforderlich, um neue Ungleichgewichte im Wettbewerb zu Gunsten grundlohnstarker Kassen mit günstiger Morbiditätsstruktur zu vermeiden. Ein separater Ausgleich für das Krankengeld würde zu höheren bürokratischen Aufwänden führen und die Fehleranfälligkeit des Risikostrukturausgleichs insgesamt erhöhen.

Die durch die Verschiebung der Beitragstragung entstehende Mehrbelastung der Arbeitnehmer ist moderat und wird zudem dadurch relativiert, dass auch die Arbeitnehmer von den zu erwartenden Beitragssatzsenkungen aufgrund der Maßnahmen dieses Gesetzes finanziell profitieren werden.

Die Verschiebung der Parität muss für alle Krankenkassen gleich sein und darf nicht von der Höhe der Krankengeldauswendungen jeder einzelnen Krankenkasse abhängig gemacht werden, weil dies zu unterschiedlichen Belastungen der Arbeitnehmer führen und insoweit neue Wettbewerbsverzerrungen hervorrufen würde.

Da das Krankengeld weiterhin Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist, bleiben die von den Krankenkassen in den vergangenen Jahren für diesen kostenintensiven Leistungsbereich eingeleiteten Leistungsmanagement-Prozesse erhalten.

Zu den Buchstaben b und c

Mit diesen Änderungen werden die neuen Maßstäbe für die Verteilung der Beitragslast auf die Bemessung der Beiträge aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt und aus Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone übertragen.

Zu Nummer 130

Entfällt.

Zu Nummer 131

Entfällt.

Zu Nummer 132 (§ 257)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 249, die sicherstellt, dass die Verschiebung der paritätischen Finanzierung um den Finanzierungsanteil des Krankengeldes auch bei den Beitragszuschüssen für freiwillig oder privat versicherte Beschäftigte berücksichtigt wird und die Arbeitgeber durch Verringerung der von ihnen zu zahlenden Zuschüsse entlastet werden.

Zu Nummer 133

Entfällt.

Zu Nummer 134 (§ 264)

Die leistungsrechtliche Gleichstellung von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL) nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), die nicht krankenversichert sind, mit gesetzlich Krankenversicherten stand wegen der Nichtumsetzung von Artikel 28 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 seit längerem auf der Agenda der Bundesregierung. Mit der hier vorgeschlagenen Änderung des § 264 SGB V wird auch die Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002 entsprechend den dort unter VI. („Fördern und Fordern – Sozialhilfe modern gestalten“) genannten weiteren Vorgaben umgesetzt.

Da die Koalitionsvereinbarung alle Hilfeempfänger anspricht, wurden sowohl HLU-Empfänger als auch Empfänger von HbL-Leistungen in die Regelung aufgenommen. Aus Praktikabilitätsgründen sind lediglich die Hilfeempfänger ausgenommen worden, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen sowie aufgrund des für die Krankenkassen geltenden Territorialitätsprinzips die Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben und dort nach § 119 BSHG Sozialhilfe beziehen. Wird die Hilfe nur gewährt, um die Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine angemessene Alterssicherung zu erhalten (§ 14 BSHG) oder in Form von Beratung und Unterstützung (§ 17 BSHG), erscheint eine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen nicht sachgerecht.

Aufgrund des Kostenerstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern sind die Betroffenen zwar leistungsrechtlich, aber nicht mitgliedschaftsrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt. Die Hilfeempfänger sollen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen den Versicherten auch verfahrensmäßig gleichgestellt werden. Deshalb erhalten sie eine Krankenversichertenkarte. Zur Durchführung des Abrechnungsverfahrens sowie für die Anwendung von Steuerungsinstrumenten, z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, ist die Festlegung von Statusbezeichnungen auf der Krankenversichertenkarte erforderlich.

In Absatz 6 wird klargestellt, dass Hilfeempfänger bei der Bemessung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind. Im Falle einer Berechnung der Gesamtvergütungen nach mitgliederbezogenen Kopfpauschalen gelten die Empfänger als Mitglied, d. h. die Krankenkasse zahlt an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die Empfänger jeweils eine Kopfpauschale. Leben mehrere Hilfeempfänger in einem Haushalt, so ist diese Kopfpauschale nur für den Haushaltsvorstand zu entrichten. Dies entspricht der geltenden Systematik der Mitgliederkopfpauschalen, mit welchen die Krankenkassen die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder einschließlich der jeweils mitversicherten Familienangehörigen vergüten.

Bei der Erstattung der Aufwendungen nach Absatz 7 rechnet die Krankenkasse für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger die o. g. Kopfpauschalen ab, welche unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu entrichten sind. Darüber hinaus fallen ggf. zusätzliche Aufwendungen zur Honorierung der nicht mit der Zahlung der Pauschalvergütung abgegoltenen Leistungen an. In welcher Höhe Aufwendungen für solche extrabudgetär zu vergütenden Leistungen angefallen sind, ergibt sich nach Abschluss der Abrechnungsperiode aus der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Das Kostenerstattungsverfahren nach Absatz 7 stellt sicher, dass Kosten in Höhe der tatsächlichen entstandenen Aufwendungen erstattet werden und es weder auf Seiten der Sozialhilfeträger noch auf Seiten der Krankenkasse eine Überforderung gibt. Damit werden auch die Vorgaben des geltenden § 264 SGB V – jetzt § 264 Abs. 1 – (Ersatz der vollen Aufwendungen und Übernahme eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten) erfüllt.

Zu Nummer 135 (§ 267 Abs. 5 Satz 2)

Folgeregelung zur Einführung des elektronischen Rezeptes bis spätestens zum 1. Januar 2006.

Zu Nummer 136 (§ 274)

Die Einbeziehung der nach § 106 einzurichtenden Prüfungsausschüsse und ihrer Geschäftsstelle in die Prüfungen nach § 274 ist hier klarstellend aufgeführt.

Zu Nummer 137 (§§ 274a bis 274c)

In den letzten Jahren hat die öffentliche Diskussion zugenommen, dass Einzelne oder Gruppen die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend missbrauchen, sich manipulativ Finanzmittel vor allem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung zu verschaffen. Es hat sich gezeigt: Die Akteure unternehmen nicht ausreichende systematische Anstrengungen, damit Missstände abgestellt werden oder strafbares Verhalten verfolgt wird. Das Ausmaß der öffentlich diskutierten Verfehlungen hat so zugenommen, dass es in Zukunft nicht hinreicht, ein Gegensteuern alleine der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung oder deren Arbeitsgruppen auf freiwilliger Basis anzuvertrauen. Es handelt sich dabei um teilweise sehr differenziert zu betrachtende medizinische, ökonomische und juristische

Fragestellungen. Aufklärung tut Not, um präventiv und repressiv diesen Missständen entgegenzuwirken.

Deshalb bedarf es einer unabhängigen Stelle, die sowohl die Selbstreinigungskräfte stärkt als auch eine externe Regulierung fördern soll. Diese unabhängige Stelle ist die Beauftragte oder der Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen.

Zu § 274a

Zu Absatz 1

Die beauftragte Person hat den in diesem Absatz umschriebenen Fallkonstellationen und Einzelfällen nachzugehen. Die Untersuchungsfelder reichen von einem rechtswidrigen Verhalten über einen Grenzbereich zwischen legalem und illegalem Verhalten bis hin zu einem gesellschaftspolitisch nicht akzeptablem Verhalten. Die beauftragte Person setzt den Hebel bei diesen Missständen an, um für einen effizienten Finanzmitteleinsatz im Gesundheitswesen mit Sorge zu tragen.

Die Prüfungsfelder erstrecken sich auf Unregelmäßigkeiten beim Einsatz von Finanzmitteln und speziell auf die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln. Die Prüfung erstreckt sich damit auch auf diejenige Verwendung von Finanzmitteln, die in einer Weise erfolgt, die dem Leitbild der solidarischen Versicherung zuwiderläuft. So kann auch Grauzonen und den Schwachstellen des Systems entgegengewirkt werden.

Wurden Fälle in einem freiwilligen Selbstkontrollverfahren umfassend aufgeklärt und sanktioniert, dürfte in aller Regel weitere Aufklärung durch die beauftragte Person nicht mehr angezeigt sein.

Zu Absatz 2

Die beauftragte Person soll Ansprechpartner für alle sein, die sich den effizienten Einsatz der Finanzmittel im Gesundheitswesen zum Ziel gesetzt haben. Deshalb sieht Absatz 2 vor, dass sich jedermann an die beauftragte Person wenden kann. Eine Verpflichtung der beauftragten Person, diesen Hinweisen nachzugehen, besteht jedoch nur, wenn sie hinreichend substantiiert sind.

Zu Absatz 3

Die beauftragte Person braucht vielfältige und umfassende Unterstützung und Kontrollmöglichkeiten, um in den komplexen Gebilden des Gesundheitswesens Licht ins Dunkel zu bringen. Wegen der verfassungsrechtlichen Verteilung von Aufgaben und Befugnissen zwischen Bund und Ländern erhält die beauftragte Person in unterschiedlicher Art und mit unterschiedlicher Verpflichtung Unterstützung, je nachdem, wer auf welcher Ebene angesprochen ist.

Eine weitreichende Verpflichtung besteht für alle Behörden auf Bundesebene, insbesondere zur Auskunft, Einsicht und Datenübermittlung. Zu den Behörden auf Bundesebene zählen insbesondere die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, das Bundesversicherungsamt und die Bundesministerien, aber auch alle übrigen Verwaltungseinrichtungen auf der Bundesebene. Der wechselseitige Informations- und der Datenfluss zwischen der beauftragten Person und den zur Unterstützung

aufgeforderten Bundesbehörden wird gesetzlich legitimiert. Die oder der Beauftragte verwendet personenbezogene Daten bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 nur in dem erforderlichen Umfang.

Die Behörden der Länder können die beauftragte Person lediglich um Unterstützung bei der Aufgabenerfüllung bitten. Art und Weise und Umfang der Unterstützung durch die Behörden und Akteure soll die beauftragte Person auch dann, wenn diese nicht erfolgte, in den Berichten wiedergeben und bewerten. Der Informations- und Datenfluss von den um Unterstützung angegangenen Behörden der Länder liegt in deren Entscheidungskompetenz. Sie haben zu prüfen, ob sie zur Übermittlung personenbezogener Daten gesetzlich legitimiert sind. Die Vorschrift erlaubt der beauftragten Person, die personenbezogenen Daten anzunehmen und zu verwenden. Satz 4 räumt der beauftragten Person die Berechtigung ein, den unterstützenden Behörden Informationen, einschließlich personenbezogener Daten zur Verfügung zu stellen. Das Erforderlichkeitsgebot ist zu beachten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält die Befugnis der beauftragten Person zur Aufforderung an die im Vierten Kapitel des SGB V aufgeführten Leistungserbringer und an die übrigen Akteure im Gesundheitswesen, einen Beitrag zur Aufklärung von Korruption im Gesundheitswesen zu leisten, indem sie die beauftragte Person auf freiwilliger Basis unterstützen.

Zu § 274b

Die Vorschrift regelt das Aktivitätsspektrum der beauftragten Person nach Abschluss der Prüfungen.

Zu Absatz 1

Die beauftragte Person hat die Verpflichtung, gegenüber der Staatsanwaltschaft auf die strafrechtliche Verfolgung von Fällen hinzuwirken, wenn seine Recherche ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf Straftaten im Zusammenhang mit den in § 274a Abs. 1 erfassten Konstellationen vorliegen könnte. Zudem sind die zuständigen Aufsichtsbehörden entsprechend zu unterrichten. Die Aufgaben der Staatsanwaltschaft und der Aufsichtsbehörden bleiben unberührt.

Zu Absatz 2

Zudem soll die beauftragte Person die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder, somit das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Bundesversicherungsamt und die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder ansprechen, damit sie den aufbereiteten Fällen und Hinweisen nachgehen. Der Informations- und Datenfluss von der beauftragten Person zu den Aufsichtsbehörden wird gesetzlich legitimiert. Die beauftragte Person verwendet bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 274a Abs. 1 personenbezogene Daten nur in dem erforderlichen Umfang.

Zu Absatz 3

Die beauftragte Person soll die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Verbände zur Änderung ihrer internen Arbeitsorganisation anregen, wenn dadurch der Korruption auch prophylaktisch entgegengewirkt

werden kann. Gleiches gilt für die übrigen Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 4

Die beauftragte Person kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bei Erkenntnissen aufgrund der Tätigkeiten nach Absatz 1 bis 3 auf angezeigte Änderungen der gesetzlichen Regelungen hinweisen und eine Überprüfung anregen.

Zu Absatz 5

Über die Aktivitäten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jedes zweite Jahr zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann darüber hinaus Berichte zu spezifischen Themenstellungen sowie zu aktuellen oder schwerwiegenden Einzelfällen anfordern. Die beauftragte Person hat die Möglichkeit die Berichte öffentlich vorzustellen und insbesondere mit den im Bericht aufgeführten Beteiligten zu erörtern. Das so zur Verfügung stehende öffentliche Forum erhöht Transparenz. Es stärkt die Einsicht in einen Veränderungsbedarf und stößt Veränderungsprozesse an.

Zu § 274c

Die Beauftragte oder der Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wird von dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berufen. Die erstmalige Berufung erfolgt unverzüglich nach Inkrafttreten der Vorschriften. Die Vorschrift regelt die Amtsdauer und die Unabhängigkeit. So wird eine objektive und einflussfreie Tätigkeit gewährleistet. Ein kompetentes Team und eine effektive Ausstattung mit Sachmitteln stellen dies ebenfalls sicher. Die beauftragte Person erhält eine angemessene Entschädigung für die Tätigkeit und Aufwendungen. Das Nähere regelt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das die Personal- und Sachmittel zur Verfügung stellt.

Zu Nummer 138 (§ 275)

Nach § 275 Abs. 3 Nr. 1 können die Krankenkassen in geeigneten Fällen die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 29 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen lassen. Die Regelung hat zu Auslegungsproblemen geführt, inwieweit § 275 Abs. 1 Nr. 1 auch eine gutachterliche Beurteilung der Leistungen nach §§ 27, 28 und 30 umfasst.

Zur Klarstellung wird daher Nummer 1 gestrichen: § 275 Abs. 1 Nr. 1 regelt umfassend die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, auch für die vertragszahnärztliche Versorgung nach §§ 27 bis 30.

Zu Nummer 139 (Überschrift des Zehnten Kapitels)

Die Überschrift des Zehnten Kapitels wird durch den Hinweis auf die Regelungen zur Datentransparenz ergänzt.

Zu Nummer 140 (§ 284)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung ist erforderlich, da die Qualitätsprüfungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Einzelverträgen nach § 106b nicht von den Kassenärztlichen Vereinigungen sondern von den Krankenkassen durchgeführt werden.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Redaktionelle Richtigstellung (Datenbänder fallen auch unter den Oberbegriff Datenträger).

Zu Buchstabe b

Es wird die Verarbeitung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten, die im Rahmen von Einzelverträgen in der ambulanten ärztlichen Versorgung an die Krankenkassen übermittelt werden, festgelegt.

Zu Nummer 141 (§ 285)

Zu den Buchstaben a und b

Redaktionelle Folgeänderungen zur Neuregelung der Abrechnungsprüfungen in § 106a (neu).

Zu Nummer 142 (§ 290)

Zu Absatz 1

Im Zusammenhang mit den Regelungen zur Aufbereitung von Abrechnungs- und Leistungsdaten für die arzt- und versichertenbezogenen Zufälligkeitsprüfungen und gezielten Prüfungen bei der Verordnung von Arzneimitteln auf Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, soweit deren Geltung auf § 35b beruht, der Anwendung von Pseudonymisierungsverfahren nach § 303c Abs. 2 sowie der geplanten Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich sind Vorgaben zur Ausgestaltung und zur Struktur der Versichertennummer erforderlich. Insbesondere ist ein eindeutiger und auch bei einem Wechsel der Krankenkasse bleibender Bezug zu dem Versicherten sicherzustellen. Dies bedingt die Einführung einer zweiteiligen Krankenversichertennummer, deren erster unveränderbarer Teil auch nach einem Wechsel der Krankenkasse dem Versicherten weiter zuzuordnen ist, der veränderbare Teil gibt Auskunft über die Kassenzugehörigkeit und bei Familienangehörigen den Bezug zum Mitglied.

Die Änderung der Krankenversichertennummer auf der Krankenversichertenkarte kann über einen längeren Zeitraum erfolgen. Da in der Praxis durch die Begrenzung der Kartengültigkeit, den Kassenwechsel von Versicherten und Verlust sowie Beschädigung eine Erneuerung des gesamten Kartenbestandes ca. alle fünf Jahre erfolgt, ist es möglich die Änderung der Krankenversichertennummer im Rahmen dieser sowieso erforderlichen Neuausgabe der Krankenversichertenkarte zu vollziehen, sodass keine zusätzlichen Kosten entstehen. Auch die Weiterentwicklung der Krankenversichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte und die damit verbundene Neuausgabe kann für die Änderung der Krankenversichertennummer genutzt werden.

Zu Absatz 2

Die kassenartenübergreifende Anwendung der neuen Struktur der Krankenversicherungsnummer erfordert eine Abstimmung bei dem Aufbau und dem Verfahren der Vergabe zwischen allen Krankenkassen. Dies wird durch Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gewährleistet.

Zu Nummer 143 (§ 291)**Zu Buchstabe a**

Diese Ergänzung erfolgt aufgrund der Erweiterung der Krankenversichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte bis zum 1. Januar 2006 und stellt sicher, dass auch die neuen Anwendungsmöglichkeiten mit realisiert werden können.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Ergänzungen der Krankenversichertenkarte durch das Aufbringen eines Lichtbildes des Karteninhabers und die Erweiterung der administrativen Daten der Krankenversichertenkarte um die Angabe des Geschlechtes ist erforderlich, um die eindeutige Zuordnung der Krankenversichertenkarte zum jeweiligen Karteninhaber zu verbessern und damit den Missbrauch zu verhindern.

Mit der Ergänzung der Nummer 7 wird sichergestellt, dass zum Zwecke der Abrechnung der Versichertenstatus von Teilnehmern an Hausarztssystemen in den Ablauf der Datenübertragungen integriert wird.

Die Ergänzung der administrativen Daten der Krankenversichertenkarte um die Angabe des Zuzahlungsstatus steht im Zusammenhang mit der Erweiterung zur elektronischen Gesundheitskarte. Erforderlich ist die Angabe für die Realisierung des elektronischen Rezeptes, um eine sichere Übernahme von Zuzahlungsbefreiungen sicherzustellen. Das Verhindern von unberechtigten Zuzahlungsbefreiungen führt zu geschätzten Einsparungen von ca. 150 bis 250 Mio. Euro. Da die Ausprägung des Merkmales Zuzahlungsstatus kurzfristigen Änderungen unterliegt, ist die Voraussetzung für eine praktikable Umsetzung mit angemessenem Aufwand die Ergänzung der Krankenversichertenkarte mit einem Mikroprozessor (siehe auch Begründung zu Buchstabe c), der eine Änderung dieses Merkmals durch die berechnete Krankenkasse ermöglicht, ohne dass die Ausgabe einer neuen Karte erforderlich ist und die damit verbundenen Kosten entstehen.

Diese Änderungen der Krankenversichertenkarte können über einen längeren Zeitraum erfolgen und erfordern nicht die sofortige Ausgabe einer neuen Karte. Da in der Praxis durch die Begrenzung der Kartengültigkeit, den Kassenwechsel von Versicherten und Verlust sowie Beschädigung eine Erneuerung des gesamten Kartenbestandes ca. alle fünf Jahre erfolgt, ist es möglich die Krankenversichertenkarte im Rahmen dieser sowieso erforderlichen Neuausgabe mit den Änderungen zu versehen. Auch die Weiterentwicklung der Krankenversichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte und die damit verbundene Neuausgabe kann für die Ergänzungen und Änderungen genutzt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Anpassung des Wegfalls der Absatzbezeichnung in § 83.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ist die gesetzliche Grundlage für die Umsetzung des in der „Gemeinsamen Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Spitzenorganisationen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen“ unter anderem gefassten Vorhabens die Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte weiterzuentwickeln. Die Regelung umfasst technikoffen die sich ergänzenden technischen Lösungsansätze (z. B. Speicherung von Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte und Schlüssel- und Pointerfunktionen für Datenbestände auf einem Server). Um die geforderten Funktionalitäten zu erfüllen, muss die elektronische Gesundheitskarte technisch als Mikroprozessorkarte (sogenannte Smart Card) mit einem als sicher zertifizierten Kartenbetriebssystem ausgestaltet sein.

Zu Buchstabe d

Die bisherige Regelung sah vor, die Karte der bisherigen Krankenkasse bei Krankenkassenwechsel der neuen Krankenkasse auszuhändigen. Nach Hinweisen aus der Praxis hat sich diese Verfahrensregelung nicht bewährt. Die Krankenkassen erhalten nunmehr die Möglichkeit, die Rückgabe der Karten konsequent auch zur Vorbeugung eines Leistungsmissbrauchs zu verfolgen. Diese Regelung betrifft die Krankenversichertenkarte nach § 291; Änderungen des Verfahrens nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden dadurch nicht ausgeschlossen.

Zu Nummer 144 (§ 291a)**Zu Absatz 1**

Mit der Regelung wird den Krankenkassen und sonstigen Beteiligten frühzeitig Planungssicherheit für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und den Aufbau der dafür erforderlichen Infrastruktur gegeben. Zur umfassenden Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte sind insbesondere unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus Modellprojekten weitergehende rechtliche Regelungen zu treffen. Siehe auch Begründung zu § 291 (Buchstabe b).

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung wird der Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte im Zusammenhang mit dem elektronischen Rezept und der Leistungsanspruchnahme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften und gegebenenfalls den Staaten des Vertrages über den Europäischen Wirtschaftsraum, die die EG-Wanderarbeitnehmerverordnung und die dazugehörige EG-Durchführungsverordnung aus dem *acquis communautaire* für sich übernommen haben, für alle Versicherten verbindlich geregelt. Im Gegensatz zu der freiwilligen Nutzung der Anwendungen im Bereich der medizinischen Daten und der Patientenquittung (Absatz 3 Nr. 1 bis 6) soll die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte im Zusammenhang mit den administrativen Anwendungen für die Versicherten generell und flächendeckend eingeführt werden, da nur so die Wirtschaftlichkeit und Durchführbarkeit dieser Verfahren ge-

währleistet ist. Dies gilt auch für den Transport des Rezeptes. Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens der Übermittlung des Rezeptes in der elektronischen Form wird im Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung des Gesamtverfahrens der elektronischen Rezeptabwicklung muss auch bei einer Speicherung der Rezeptdaten auf der Karte sicherstellen, dass der elektronische Handel mit Arzneimitteln mit Apotheken in Deutschland und anderen Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes nicht nur ermöglicht sondern auch gefördert wird. Soweit dabei Verfahren entwickelt werden, bei denen die Gesundheitskarte eine unterstützende Rolle einnehmen kann, kommen hierfür ggf. auch Anwendungen nach Absatz 3 in Betracht.

Mit Satz 1 Nr. 2 ist der europäischen Entwicklung Rechnung getragen worden, die Fälle der Leistungsaushilfen zwischen den Mitgliedstaaten, die bisher lediglich über schriftlich fixierte Formulare abgewickelt wurden (die E-Formulare, z. B. der E 111) nunmehr auch als elektronischen Datensatz zuzulassen.

Zu Absatz 3

Die Neuregelung ermöglicht dem Versicherten, seine elektronische Gesundheitskarte für Anwendungen zur Bereitstellung und Nutzung medizinischer Daten sowie für die elektronische Bereitstellung von Daten über Leistungen und Kosten zu nutzen. Dies umfasst u. a. die Bereitstellung von Notfallinformationen (z. B. in Form des europäischen Notfallscheines), die im Interesse des möglicherweise nicht (mehr) mitwirkungsfähigen Versicherten auch ohne dessen ausdrückliche Zustimmung im Einzelfall, aber nur durch autorisierte Personen, eingesehen werden können. Die Arzneimitteldokumentation dient der Unterstützung des Arztes und Apothekers. Im Zusammenhang mit Verordnungen können u. a. Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten geprüft und reduziert werden. Die Bereitstellung und Nutzung von Daten über Untersuchungen (z. B. Röntgenaufnahmen) und Befunde dient der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und damit auch von Belastungen des Versicherten. Darüber hinaus können Informationen durch den Versicherten selbst zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind auch Verweise auf Patientenverfügungen und Organspendeausweise denkbar. Mit denen in Absatz 3 genannten Anwendungen kann die elektronische Gesundheitskarte entscheidend zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung beitragen, da Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt und am Ort der Behandlung durch die Patienten verfügbar gemacht werden können. Gleichzeitig eröffnet die Gesundheitskarte den Patienten die Möglichkeit, einen besseren Überblick über ihren Gesundheitszustand zu erhalten. Damit schafft die Gesundheitskarte für die Versicherten Transparenz und fördert die Patientensouveränität.

Zu Absatz 4

Die Regelung gewährleistet, dass der Zugriff auf Versichertendaten durch die elektronische Gesundheitskarte aus Sicherheitsgründen und zur Vermeidung von Missbrauch nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis möglich ist und durch die Protokollierung jeder Zugriff dokumentiert wird. Mit elektronischen Heilberufsauswei-

sen, die über eine qualifizierte elektronische Signatur nach Signaturgesetz verfügen, können Dokumente im Zusammenhang mit der Gesundheitskarte rechtssicher erzeugt werden. Dem Versicherten ist die Möglichkeit einzuräumen, die Daten, welche mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden, einzusehen. Weitergehende Rechte des Versicherten, die sich z. B. aus dem SGB X oder BDSG ergeben, bleiben unberührt. Daten, die nach Absatz 2 Nr. 1 und nach Absatz 3 Nr. 1 bis 6 gespeichert werden, sind auf Verlangen des Versicherten zu löschen; dieses gewährleistet die Datenhoheit des Versicherten.

Zu Absatz 5

Die Regelung bindet den Zugriff und die Verarbeitung von Daten unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte an zwei Voraussetzungen. Erstens muss der Karteninhaber sein Einverständnis erklären und den Zugriff freigeben (z. B. durch einen PIN-Code) und zweitens darf der Zugriff nur durch berechtigte Ärzte, Zahnärzte und Apotheker unter Verwendung eines elektronischen Heilberufsausweises erfolgen. Diese Maßnahmen sollen auch einen Schutz der Daten vor Missbrauch nach Verlust oder Diebstahl der Karte gewährleisten. Satz 2 regelt, dass das dem Versicherten eingeräumte Recht, ihn betreffende Daten löschen zu lassen, dem Erheben, Verarbeiten oder Nutzen dieser Daten für Zwecke der Abrechnung elektronischer Rezepte bzw. des Berechtigungsnachweises nach unmittelbar geltenden Rechtsakten der Europäischen Gemeinschaften nicht entgegensteht.

Zu Absatz 6

Die Regelung verpflichtet die Vertragspartner auf Bundesebene zur Schaffung einer Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte ermöglicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Festlegung von Verfahren und Standards die Einbindung der elektronischen Gesundheitskarte in die Entwicklung einer einheitlichen Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen, für die das Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen bereits wichtige Vorarbeiten geleistet hat, gewährleistet ist.

Zu Absatz 7

Die Regelung dient dem Schutz der Gesundheitskarte vor missbräuchlicher Verwendung.

Zu Nummer 145 (§ 293)

Zu Buchstabe a

Die Änderung soll klarstellen, dass Datenübermittlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nur nach dem aktuellen Stand der technischen Entwicklung in elektronischer und maschinell verwertbarer Form erfolgen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung stellt sicher, dass der für die vertragsärztliche Versorgung erforderliche Arzt- und Zahnarztbezug auch bei der Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen Tätig-

keit eindeutig gegeben sein muss. Konkret wird vorgegeben, dass bei einer Übermittlung von arzt- bzw. zahnarztbezogenen Abrechnungs- und Leistungsdaten nach den Vorschriften des zweiten Abschnittes die in Satz 2 bestimmte Arzt- bzw. Zahnarzt Nummer unverschlüsselt zu verwenden ist. Derzeit übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im quartalsweisen Wechsel jeweils neu verschlüsselte Zahnarzt Nummern und unterlaufen so die Vorgabe des Satzes 3, zweiter Halbsatz, nach dem zu gewährleisten ist, dass die Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Regelung ermöglicht nunmehr eine routinemäßige quartalsübergreifende arztbezogene Zusammenführung von Abrechnungsdaten im Rahmen der Abrechnungsprüfung auf Kassenseite.

Zu Doppelbuchstabe bb

Siehe Begründung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Siehe Begründung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 146 (Überschrift des Zweiten Abschnittes)

Die Änderung der Überschrift ist eine Folgeänderung der neu eingefügten Vorschriften. Die Überschrift des Zweiten Abschnittes wird um die „Aufbereitung“ von Leistungsdaten ergänzt.

Zu Nummer 147 (Überschrift des Ersten Titels)

Die Einfügung eines neuen Titels ist eine Folgeänderung der neu eingefügten Vorschriften. Die Übermittlung von Leistungsdaten wird in dem neu eingefügten Ersten Titel geregelt.

Zu Nummer 148 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Die Regelung, im Rahmen der Abrechnung in Überweisungsfällen die Arzt Nummer des überweisenden Arztes anzugeben, ist erforderlich, um die nach §§ 106 und 106a vorgesehenen Prüfungen zu ermöglichen. Des Weiteren handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Erweiterung der Angaben der Krankenversichertenkarte bzw. der elektronischen Gesundheitskarte.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung der Verlegung der Plausibilitätsprüfungen von § 83 Abs. 2 nach § 106a.

Zu Buchstabe c

Bei den ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vertraglich abgeschlossenen Versorgungsformen (im Einzelnen siehe hierzu Begründung zu § 130b) haben die Leistungserbringer die Abrechnungsdaten nach Absatz 1 direkt an die jeweilige Krankenkasse, mit denen sie die Verträge abgeschlossen haben, zu übermitteln. Da die in den Angaben nach Absatz 1 enthaltene Arzt Nummer nach § 293 Abs. 4 an diese Vertragspartner nicht vergeben wird, ist es erforder-

lich, dass sie das Institutionskennzeichen, welches ihnen nach § 293 Abs. 2 vergeben wird, bei der Datenübermittlung verwenden. Das Nähere über Form und Struktur der zu übermittelnden Daten sowie die Fristen für die Übermittlung sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geregelt werden.

Zu Buchstabe d

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Auch im Rahmen des Datenaustausches mit den Leistungserbringern muss eine Datenübermittlung nach dem aktuellen Stand der technischen Entwicklung in elektronischer und maschinell verwertbarer Form gewährleistet sein.

Des Weiteren handelt es sich um eine Klarstellung, dass die Übermittlung der erforderlichen Angaben über die abgerechneten Leistungen – wie bisher schon praktiziert – auch arztbezogen erfolgen müssen (vgl. auch Begründung zu § 293 Abs. 4 (Buchstabe b Doppelbuchstabe aa)). Durch die Übermittlung der Arzt Nummer wird die Regelung, dass die Abrechnung der Vergütung fallbezogen, nicht versichertenbezogen zu erfolgen hat, nicht berührt.

Zu Buchstabe e

Die Verpflichtung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind (§ 292), aufzuzeichnen und an die Krankenkasse zu übermitteln, gilt auch für die Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen haben.

Zu Buchstabe f

Redaktionelle Folgeänderung der Datenzusammenführung für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung in den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse sowie der neu eingerichteten Leitlinienprüfung nach § 297a.

Zu Buchstabe g

Die Vertragsärzte werden ebenfalls verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Einzelheiten regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Zu Nummer 149 (§ 296)

Zu den Buchstaben a bis c

Die Änderungen sind Folgeänderungen des Wegfalls der bisherigen Durchschnittsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 für ärztliche Leistungen – für die Arznei- und Heilmittel-Verordnungen ist das Auslaufen der Durchschnittsprüfungen zum 31. Dezember 2003 bereits durch Artikel 3 § 2 des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes (ABAG) vom 19. Dezember 2001 vorgegeben worden – sowie der

Neuregelung der Datenzusammenführung für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse (vgl. § 106 Abs. 4a (neu)). Der Datenaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen entfällt. Stattdessen werden die Daten jeweils an die Geschäftsstelle der Prüfungsausschüsse übermittelt.

Zu Buchstabe d

Die Änderung bewirkt, dass das Nähere zur Angabe der verordneten Leistungen nach Arten und Gruppen für die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina zukünftig auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu vereinbaren ist. Die bundeseinheitliche Vorgabe trägt den sehr hohen technischen Anforderungen an die Datenaufbereitung für diese Prüfungen Rechnung und ist Konsequenz der den Vertragspartnern auf Bundesebene bereits mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) vom 19. Dezember 2001 in § 84 eingeräumten Verpflichtung, für die auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffenden Richtgrößen Vorgaben und Empfehlungen zu beschließen.

Zu Buchstabe e

Auf die Begründung zu den Buchstaben a bis c wird verwiesen.

Zu Nummer 150 (§ 297)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung der Änderung in § 106 Abs. 3. Die bisher an dieser Stelle geregelte Bestimmung der in die Prüfung einzubeziehenden Ärzte erfolgt nunmehr nach Vorgaben der Vertragspartner nach § 106 Abs. 3. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt die Liste der Ärzte, die in die Stichprobenprüfung einbezogen werden, und übermittelt sie der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung ist eine Folgeänderung der Neuregelung der Datenzusammenführung für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse (vgl. § 106 Abs. 4a (neu)). Der Datenaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen entfällt. Stattdessen werden die Daten jeweils an die Geschäftsstelle der Prüfungsausschüsse übermittelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Diese Regelung ergänzt die erforderlichen Daten für die Stichprobenprüfung, die nach § 106 Abs. 2 Satz 3 auch die Überweisungen umfassen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Diese Regelung übernimmt die bisher schon im geltenden Recht vorgesehene Datenübermittlung im Rahmen der

Stichprobenprüfungen (§ 297 Abs. 3 (alt)) aufgrund des Wegfalls dieser Daten in § 296 Abs. 3 Nr. 4 (alt) und § 296 Abs. 5 im Zuge der Streichung der Durchschnittsprüfungen. Im Übrigen ist auf die Begründung zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa zu verweisen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelungen konkretisieren die von den Krankenkassen zu übermittelnden Daten für die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 in Bezug auf die Arzneimittelkennzeichnung (sog. Pharmazentralnummer), die Angaben zu den verordneten Krankenhausbehandlungen aus den Daten nach § 301 sowie den Grund (mittels Diagnoseschlüssel) und die Dauer bei festgestellter Arbeitsunfähigkeit.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 151 (§ 297a)

Folgeänderung zur Einführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 5b. Die Regelung bestimmt die den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse nach § 106 Abs. 4a für die Durchführung der Prüfungen zu übermittelnden Daten.

Zu Nummer 152 (§ 300)

Zu Buchstabe a

Für die genaue Bestimmung der von den Versicherten geleisteten Zuzahlungen ist es erforderlich auch solche Rezepte zu erfassen, bei denen der Preis eines abgegebenen Arzneimittels unter der Zuzahlungsgrenze liegt (sog. Nullrezepte). Mit dieser Änderung wird gewährleistet, dass alle Verordnungen den Krankenkassen übermittelt werden.

Zu Buchstabe b

Siehe Begründung zu § 293 (Buchstabe a). Im Übrigen handelt es sich um eine Folgeregelung zur Einführung des elektronischen Rezeptes bis spätestens zum 1. Januar 2006.

Zu Nummer 153 (§ 301)

Zu den Buchstaben a bis c

Die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Siehe auch Begründung zu § 293 (Buchstabe a). Des Weiteren handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Erweiterung der Angaben der Krankenversicherungskarte bzw. der elektronischen Gesundheitskarte.

Zu Nummer 154 (§ 301a)

Die Hebammen und Entbindungspfleger werden verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Siehe auch Begründung zu § 293 (Buchstabe a).

Zu Nummer 155 (§ 302)**Zu Buchstabe a**

Die Leistungserbringer im Bereich Heil- und Hilfsmittel werden verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Siehe auch Begründung zu § 293 (Buchstabe a). Des Weiteren handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Erweiterung der Angaben der Krankenversichertenkarte bzw. der elektronischen Gesundheitskarte.

Zu Buchstabe b

Siehe auch Begründung zu § 293 (Buchstabe a).

Zu Nummer 156 (§ 303)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung der geänderten Datenübermittlungsvorschriften im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen werden verpflichtet Datenlieferungen, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechend übermittelt werden, nachzuerfassen. Im Falle der Verursachung durch die Leistungserbringer sind die zusätzlichen Kosten, die durch eine Nacherfassung von Abrechnungen entstehen, den Leistungserbringern von den Krankenkassen in Rechnung zu stellen.

Zu Nummer 157 (Zweiter Titel)

Der Zweite Titel enthält die Neuregelungen für eine Transparenz im GKV-System.

Zu § 303a**Zu Absatz 1**

Mit der Neuregelung werden die Verbände der datenerhebenden Stellen auf Bundesebene (Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung) verpflichtet, eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz in der GKV zu bilden.

Sofern die Arbeitsgemeinschaft nicht bis zum 30. Juni 2004 gebildet wird, wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ermächtigt, sie durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bilden.

Zu Absatz 2

Die Regelung verpflichtet die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz eine Vertrauens- und eine Datenaufbereitungsstelle zu errichten oder eine bereits vorhandene Einrichtung als solche Stelle zu benennen, um die Erfüllung der übertragenen Aufgaben sicherzustellen. Falls eine vorhandene Einrichtung benannt wird, muss auch diese den Anforderungen des § 303c bzw. § 303d entsprechen.

Zu Absatz 3

Der Arbeitsgemeinschaft wird die Aufgabe zugewiesen, Datenformate und -definitionen im Rahmen des Datenaustausches mit den Leistungserbringern über die Sektoren-

grenzen hinweg einheitlich zu gestalten und zu koordinieren, um die Kompatibilität der übermittelten Daten der einzelnen Leistungsbereiche zu verbessern. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen der am Datenaustausch beteiligten Leistungserbringer müssen Gelegenheit zur Stellungnahme haben. Die Arbeitsgemeinschaft soll dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2006 über das Ergebnis berichten.

Zu § 303b

Die Regelung ergänzt die Organisation für Aufgaben der Datentransparenz um einen Beirat, welchem auch die Beteiligten angehören, die nicht an der Arbeitsgemeinschaft beteiligt sind. Diese Maßnahme soll sicherstellen, dass die Interessen aller Beteiligten berücksichtigt werden.

Zu § 303c**Zu Absatz 1**

Die Regelung weist der Vertrauensstelle die Aufgabe zu den Personenbezug der ihr von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten für die Reidentifikation des Personenbezuges von Versicherten und Leistungserbringern bei der Verarbeitung und Nutzung der Daten durch alle dazu berechtigten Stellen wird ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Auswahl und Anwendung des Pseudonymisierungsverfahrens, welches von der Vertrauensstelle verwendet wird. Es soll ein einheitliches Verfahren gewählt werden, das sicherstellt, dass die Ergebnisse der Pseudonymisierung kontinuierlich und periodenübergreifend sind, d. h., einem Versicherten bzw. Leistungserbringer muss über den gesamten Zeitraum ein eindeutiges Pseudonym zugeordnet werden können. Darüber hinaus soll das Pseudonym Informationen über den Versicherten (Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenstatus und Wohnort) und Leistungserbringer (Art des Leistungserbringers, Spezialisierung) enthalten. Es ist sicherzustellen, dass mit Hilfe dieser Informationen nicht auf den Versicherten oder Leistungserbringer, der sich hinter dem Pseudonym verbirgt, zurückgeschlossen werden kann.

Da eindeutige Pseudonyme erzeugt werden sollen, kann aus Sicherheitsgründen ein dezentrales Verfahren (Verschlüsselung durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen) nicht erfolgen. Daraus ergibt sich, dass die datenhaltenden Stellen, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, ihre Daten zur Pseudonymisierung an eine Vertrauensstelle übermitteln. Die die Pseudonymisierung durchführende Vertrauensstelle ist von den übrigen datenverarbeitenden Stellen des Systems zu trennen.

Nach der Übermittlung der pseudonymisierten Daten an die Datenaufbereitungsstelle sind die Daten bei der Vertrauensstelle zu löschen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Trennung zwischen Datenerhebung, -verschlüsselung und -aufbereitung. Dadurch wird

sichergestellt, dass Personen, die mit der Datenerhebung und -aufbereitung beschäftigt sind, keine Kenntnisse über die Verschlüsselung haben. Die Vertrauensstelle gilt, unabhängig von ihrer Rechtsform, als öffentliche Stelle (ähnliche Konstruktion wie in den Krebsregistergesetzen der Länder) und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I. Damit untersteht sie auch der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Eine Prüfung nach § 274 ist möglich.

Zu § 303d

Zu Absatz 1

Mit dieser Vorschrift soll bei der Datenaufbereitungsstelle die Datengrundlage für die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben in der GKV und für politische Entscheidungen zur Weiterentwicklung der GKV und der Strukturen der medizinischen Versorgung geschaffen werden. Durch die Datenaufbereitungsstelle sollen die im Rahmen der Leistungsabrechnung übermittelten Daten kassenarten- und sektorenübergreifend zusammengeführt und für die in § 303f Abs. 2 Nr. 1 bis 6 genannten Aufgaben aufbereitet werden. Ein Online-Zugriff der nutzungsberechtigten Stellen auf die Datenbasis der Datenaufbereitungsstelle ist nicht vorgesehen.

Zu Absatz 2

Auch diese Vorschrift ist Folge der Trennung zwischen Datenerhebung, -verschlüsselung und -aufbereitung. Dadurch wird sichergestellt, dass Personen, die mit der Datenerhebung und -aufbereitung beschäftigt sind, keine Kenntnisse über die Verschlüsselung haben. Die Datenaufbereitungsstelle gilt, unabhängig von ihrer Rechtsform, als öffentliche Stelle (ähnliche Konstruktion wie in den Krebsregistergesetzen der Länder). Damit untersteht sie auch der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Eine Prüfung nach § 274 ist möglich.

Zu § 303e

Zu Absatz 1

Die Regelung weist der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz die Aufgabe zu im Benehmen mit dem Beirat die Auswahl der Daten in Richtlinien festzulegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Umfang der Datenerhebung geeignet ist, die in § 303f Abs. 2 Nr. 1 bis 6 genannten Aufgaben zu erfüllen. Auch bei einer Stichprobenerhebung hat die Auswahl der Daten so zu erfolgen, dass die Stichprobe ein Abbild der gesamten Versichertenstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Des Weiteren sollen in den Richtlinien Vorgaben für die datenliefernden Stellen (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen) enthalten sein, welche die Mindestanforderungen bezüglich der Prüfung der Daten sowie der Struktur (Datensatzdefinition), wie die Daten zu übermitteln sind, festlegen. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen, es hat die Möglichkeit einer Ersatzvornahme.

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung werden die datenhaltenden Stellen (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen) gesetzlich verpflichtet, die jeweiligen Leistungs- und Abrech-

nungsdaten aus ihrem Datenbestand in der entsprechend der Richtlinie nach Absatz 1 geforderten Qualität (Prüfung) und Form (Struktur) der Vertrauensstelle zu übermitteln. Eine Fristsetzung erfolgt, um die Aussagefähigkeit der Datenbasis bei der Datenaufbereitungsstelle in einem akzeptablen Zeitraum zu gewährleisten.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift schließt eine Krankenkasse beziehungsweise eine Kassenärztliche Vereinigung, die den Verpflichtungen nach Absatz 2 nicht oder nicht fristgerecht nachkommt, von der Nutzung der Daten bei der Datenaufbereitungsstelle aus. Auch der Landes- und Bundesverband einer solchen Krankenkasse und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden von der Nutzung der Daten für diese Region bei der Datenaufbereitungsstelle ausgeschlossen, damit die entsprechende Krankenkasse bzw. Kassenärztliche Vereinigung nicht auf diesem Wege Kenntnis der Daten erlangen kann.

Zu Absatz 4

Mit dieser Regelung wird dem Beirat die Aufgabe zugewiesen, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung über die Umsetzung der Vorschriften bezüglich der Datentransparenz und den Erfahrungen, welche damit gemacht wurden – insbesondere zur Datenbereitstellung und zum Umfang der Datenerhebung – zu berichten, um eventuellen Nachbesserungsbedarf zu ermitteln und erneut gesetzgeberisch tätig zu werden.

Zu § 303f

Zu Absatz 1

Die Vorschrift benennt die Stellen und Institutionen (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsversorgungsforschung), welche die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen können.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 1 aufgeführten Nutzungsberechtigten für den Datenbestand bei der Datenaufbereitungsstelle können insbesondere für die unter Nummer 1 bis 6 aufgeführten Zwecke die Daten verwenden. Voraussetzung für die Datenverarbeitung und -nutzung ist jedoch entweder eine der nutzungsberechtigten Stelle zugewiesene Aufgabe, zu deren Erfüllung die jeweiligen Daten benötigt werden, oder die Institutionen eine Nutzung im öffentlichen Interesse bezüglich der unter Nummer 1 bis 6 genannten Zwecke glaubhaft nachweisen können. Die Arbeitsgemeinschaft soll im Benehmen mit dem Beirat eine Aufstellung der möglichen Verwendungsgründe erstellen. Dieser Katalog ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen, es hat die Möglichkeit einer Ersatzvornahme.

Zu Absatz 3

Die Regelung verpflichtet die Datenaufbereitungsstelle bei jeder Datenanfrage einer berechtigten Stelle oder Institution zu prüfen, ob der Zweck dem Nutzungskatalog entspricht, und ob der geforderte Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck erforderlich sind. Bei einer möglichen Ablehnung oder in strittigen Fällen können die Arbeitsgemeinschaft, als Trägerin der Datenaufbereitungsstelle, oder

die nutzungsberechtigte Stelle oder Institution eine endgültige Entscheidung durch den Beirat verlangen.

Zu Nummer 158 (§ 304)

Zu Buchstabe a

Der Geltungsbereich der Vorschrift wird auf die Prüfungsausschüsse nach § 106 ausgedehnt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Klarstellung, dass die Regelung auf die bei den genannten Stellen gespeicherten Sozialdaten anzuwenden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs, des Risikopools ist eine Frist von sechs Jahren vorgeschrieben (§ 28a Abs. 9 RSAV). Für die Erfüllung der Aufgaben nach § 83 Abs. 2 und § 106 sowie der Prüfung von Abrechnungen nach §§ 106a und 116b ist eine Frist von vier Jahren erforderlich. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSGE 72, 271) ist in Analogie zum § 45 SGB I bei Ansprüchen aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen von einer Verjährungsfrist von vier Jahren auszugehen.

Zu Nummer 159 (§ 305)

Zu Buchstabe a

Da nach geltendem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Arzt bzw. Zahnarzt, die von ihm erbrachten Leistungen mit seiner Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung und nicht unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnet, erhält der Versicherte bei diesem Verfahren nicht „automatisch“ Kenntnis über die abgerechneten Leistungen und die damit verbundenen Kosten. Ein großer Anteil der Versicherten hält es für wichtig, ärztliche Leistungen nachvollziehen zu können. Die Krankenkassen, die Ärzte/Zahnärzte und Krankenhäuser sind deshalb schon bisher nach § 305 gesetzlich verpflichtet, die Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten. Vor dem Hintergrund der insbesondere bei der Umsetzung der bisherigen Verpflichtung nach Absatz 2 aufgetretenen Probleme und dem hohen Umsetzungsaufwand wird mit der neuen Regelung eine Patientenquittung eingeführt, mit der die Kenntnis der Patienten über die vom Vertragsarzt/-zahnarzt abgerechneten Leistungen und deren Kosten praktikabler und mit vertretbarem Aufwand erreicht werden kann.

Die Leistungsaufstellung erfolgt in verständlicher Form auf der Grundlage des jeweils geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Aufgrund des geltenden Abrechnungssystems mit Punktwertschwankungen werden die Kosten auf der Grundlage des zuletzt bekannten Punktwertes als vorläufig mitgeteilt inkl. einer diesbezüglichen Erklärung (Schwankungsbreite). Eine genaue Kenntnis der Kosten kann der Versicherte aufgrund des Auskunftsanspruches nach Absatz 1 nach erfolgter Abrechnung erfahren und mit den erhaltenen Patientenquittungen abgleichen. Die Einzelheiten über Unterrichtung des Patienten werden nunmehr durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt. Sollte eine Regelung nicht zustande kommen, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

die Einzelheiten durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

Zu Buchstabe b

Die Versicherten sollen in Zukunft von ihrer Krankenkasse umfassend Auskunft über zugelassene Leistungserbringer, Gesundheitszentren und Leistungserbringer mit Einzelverträgen sowie über Preise und Qualität von verordnungsfähigen Leistungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erhalten können. Mit dieser Regelung wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass Krankenkassen ihre Versicherten auf Verlangen hierüber informieren können.

Der Verweis auf § 69 Satz 4 dient der Klarstellung, dass bei eventuellen Rechtsstreitigkeiten die Sozialgerichte zuständig sind.

Zu Nummer 160 (§ 305a)

Klarstellung, dass die Informationen, die der Vertragsarzt von den Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Krankenkassen und ihren Verbänden über verordnungsfähige Leistungen erhalten kann, auch Gegenstand einer Beratung des Vertragsarztes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sein kann.

Zu Nummer 161 (Überschrift des Elften Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung der Strafvorschrift in § 307a.

Zu Nummer 162 (§ 307)

Mit der Regelung wird im Vorfeld des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens personenbezogener Angaben eine spezielle Bußgeldvorschrift zum Schutz der Versichertendaten nach § 291a Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 geschaffen:

Es werden bereits Handlungen erfasst, die im Vorfeld eines verbotenen Zugriffs auf Versichertendaten anzusiedeln sind. Es soll insbesondere verhindert werden, dass in Situationen, in denen der Karteninhaber einem besonderen Druck ausgesetzt ist, die Einwilligung des Karteninhabers zum Zugriff auf seine Versichertendaten verlangt oder eine entsprechende Vereinbarung mit ihm getroffen wird.

Zu Nummer 163 (§ 307a)

Es wird eine spezielle Strafvorschrift geschaffen, die in ihrer grundlegenden Struktur, wie auch die Bußgeldvorschrift in § 307 (neu), den allgemeinen Regelungen der §§ 43, 44 des Bundesdatenschutzgesetzes und der §§ 85, 85a SGB X folgt. Das Sanktionsniveau wird jedoch erhöht:

Ein nach § 291a Abs. 4 Satz 1 verbotener Zugriff auf Versichertendaten wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft; erfolgt dieser Zugriff gegen Entgelt oder in Bereicherungs- oder Schädigungsabsicht, ist die Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

Zu Nummer 164 (§ 311)

Zu Buchstabe a

Die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 werden gesetzlich in dem Umfang, in dem sie zum Stichtag 31. Dezember 2004

zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, auch weiterhin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ab diesem Zeitpunkt bestimmen sich ihre Rechte nach den Regelungen für Gesundheitszentren, insbesondere nach den §§ 95 und 106b. Es besteht z. B. eine Pflicht zur fachlichen Fortbildung der angestellten Ärzte mit der Folge, dass bei Nichterfüllung der Pflicht die Anstellung zu widerrufen ist (§ 95 Abs. 2c). Die Gleichbehandlung bewirkt auch, dass die Einrichtungen im fachärztlichen Versorgungsbereich – wie die fachärztlich tätigen zugelassenen Ärzte – eine Wahlmöglichkeit erhalten. Entweder verbleiben sie als kraft Gesetzes zugelassene Einrichtungen im kollektivvertraglich von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten System, oder sie optieren nach § 106b aus dem Kollektivvertragssystem heraus und schließen Einzelverträge mit den Krankenkassen ab (vgl. im Übrigen die Begründungen zu § 73b und § 106b). Da es sich um eine Besitzstandsregelung handelt, ist es – anders als bei den Gesundheitszentren – nicht nötig, dass die Einrichtungen fachübergreifend tätig sind. Die Gleichbehandlung mit den Gesundheitszentren ist sachgerecht, weil die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 in den wesentlichen Strukturen den Gesundheitszentren entsprechen (Leistungsbringung durch angestellte Ärzte).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a. Die Mitgliedschaft der Ärzte der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 in den Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt sich künftig nach § 95 Abs. 3. Das heißt, die Ärzte werden Mitglieder der für den Sitz der Einrichtung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die im bisherigen Absatz 4c vorgesehene Mindestbeteiligung der Ärzte in den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 in den Organen der kassenärztlichen Vereinigungen entfällt. Dies ist sachgerecht, weil durch die Neuregelungen der Organisationsstrukturen und des Wahlrechts der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Regelungen entfallen, die Mindest- oder Höchstbeteiligungen bestimmter Gruppen in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorsehen (§§ 79 und 80). Es ist daher auch nicht mehr gerechtfertigt, eine Mindestbeteiligung der Ärzte in den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzusehen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen, die erforderlich geworden sind, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht mehr in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt ist, sondern die Regelungen zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nunmehr in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V enthalten sind. Durch die Anknüpfung an die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung an Stelle der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird klargestellt, dass die Höhe der von § 135 Nr. 5 und § 345 Nr. 6 SGB III in Bezug genommenen Einkommensgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung unverändert bleibt.

Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Anpassung des Inhaltsverzeichnisses.

Zu Nummer 2 (§ 23a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich geworden ist, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht mehr in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt ist, sondern die Regelungen zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nunmehr in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V enthalten sind. Durch die Anknüpfung an die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung an Stelle der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird klargestellt, dass die Höhe der von § 23a SGB IV in Bezug genommenen Einkommensgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung unverändert bleibt.

Zu Nummer 3 (§ 28k Abs. 1)

Bei geringfügigen Beschäftigungen werden die vom Arbeitgeber zu zahlenden pauschalen Beiträge zur Krankenversicherung zugunsten des Risikostrukturausgleichs an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und bei Versicherten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung an deren Bundesverband weitergeleitet. Dieser Anteil ist durch die Beteiligten festzulegen. Die gesetzliche Ergänzung erfolgt in Abstimmung mit allen Beteiligten zur Klarstellung des weiteren Verfahrens zur Berechnung und Aufteilung der Mittel für den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Zu Nummer 4 (§ 35a Abs. 6)

Mit der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und wesentlichen Versorgungsregelungen wird die notwendige Transparenz beim Inhalt der Vorstandsverträge geschaffen. Dies ist erforderlich, da es sich um den Einsatz öffentlicher Mittel handelt, die auf gesetzlicher Grundlage erhoben werden. Auf diese Weise wird dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung getragen und gleichzeitig die Möglichkeit für einen Vergleich geschaffen. Neben der eigentlichen Vergütung einschließlich Nebenleistungen sind auch die Versorgungsregelungen in ihren wesentlichen Grundzügen darzustellen, damit erkennbar wird, ob es sich bei den Versorgungsregelungen um mit der Rentenversicherung oder der Beamtenversorgung vergleichbare Regelungen handelt oder ob hier andere Regelungen zur Anwendung kommen, die dann mit ihren Berechnungsgrundlagen näher darzustellen sind. Um eine einheitliche Transparenz für alle Krankenkassen sicherzustellen, erfolgt die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erstmals einheitlich zum 1. März 2004. Bei Veränderungen der Vergütungshöhe oder im Bereich der Versorgungsregelungen sind diese Veränderungen innerhalb eines Monats ebenfalls im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Satz 4 dient der Transparenz der Vorstandstätigkeit.

Die Transparenzregelung gilt über die Verweisungsvorschriften in § 209a Satz 3, § 215 Abs. 1 Satz 1 und § 212

Abs. 5 Satz 5 SGB V auch für die Verbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie der Ersatzkassen. Sie gilt über die Verweisungsvorschriften in § 79 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V auch für die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Zu Nummer 5 (§ 44)

Durch die Regelung wird die Zusammensetzung des Verwaltungsrats für Betriebskrankenkassen, die sich durch Satzungsregelung für betriebsfremde Versicherte geöffnet haben, an die für die anderen allgemein wählbaren Krankenkassen geltenden Regelungen angeglichen. Geöffnete Betriebskrankenkassen können nicht nur von Beschäftigten der Trägerbetriebe gewählt werden, sondern sind in ihrem regionalen Zuständigkeitsbereich allgemein wählbar. Infolgedessen kommt den Arbeitgebern der Trägerbetriebe keine spezifische Verantwortung gegenüber der geöffneten Betriebskrankenkasse mehr zu. Die Beschränkung der Arbeitgebervertretung im Verwaltungsrat auf die Arbeitgeber der Trägerbetriebe ist daher nicht mehr gerechtfertigt und würde die anderen Arbeitgeber ungerechtfertigt von der Vertretung im Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse ausschließen. Um eine verwaltungsaufwändige Neubesetzung des Verwaltungsrats der betroffenen Betriebskrankenkassen während der laufenden Wahlperiode zu vermeiden, soll die bisherige Regelung bis zur Durchführung der nächsten Sozialversicherungswahlen maßgeblich bleiben.

Die gleiche Besetzungsregelung soll auch für Betriebskrankenkassen gelten, die aus einer Vereinigung mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart nach § 171a Abs. 1 SGB V hervorgegangen sind, da die neue Krankenkasse aufgrund dieser Vereinigung nicht nur für betriebsfremde Versicherte wählbar geworden ist (vgl. § 173 Abs. 2 Satz 6 SGB V), sondern auch Mitglieder in unter Umständen erheblicher Größenordnung hinzugewonnen hat, die bisher in keiner Beziehung zu dem Trägerbetrieb gestanden haben. Aus diesem Grund soll sich auch die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane dieser Krankenkasse nach den allgemeinen Regelungen richten.

Zu Nummer 6 (§ 71)

§ 71 Abs. 2 Satz 2 wird aufgehoben; die Übergangsregelungen befinden sich in § 117.

Zu Nummer 7 (§ 117)

Die knappschaftliche Rentenversicherung trägt bisher die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner. Aufgrund der Defizitdeckung des Bundes in der knappschaftlichen Rentenversicherung wird durch den Bundeszuschuss zur knappschaftlichen Rentenversicherung der Bundeshaushalt belastet.

Der Grund für diese Kostentragungsregelung (hohe Belastungen durch ungünstige Altersstruktur der Versicherten) für neu hinzukommende Versicherte ist nicht mehr in gleichem Umfang gegeben. Aus diesem Grund erfolgt ein stufenweiser Abbau der Erstattung der Verwaltungsausgaben. In Zukunft werden auch die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner durch die

knappschaftliche Krankenversicherung an die knappschaftliche Rentenversicherung erstattet, beginnend mit 10 % im Jahr 2004 und jährlich um 10 Prozentpunkte steigend, bis 100 % erreicht sind. Auf diese Weise reduziert sich der Bundeszuschuss zur knappschaftlichen Rentenversicherung um denselben Betrag.

Als Folge der Änderung wird eine ausdrückliche Regelung für die Knappschaftsärzte notwendig, da diese Regelung bisher (implizit) in dem aufgehobenen § 71 Abs. 2 Satz 2 enthalten war.

Zu Artikel 4 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Die bestehende Festbetragsregelung des Unfallversicherungsrechts wird – entsprechend dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung – durch Verweisung auf die Bestimmung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Berücksichtigung vorläufiger Festbeträge erweitert. Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, die insoweit im Unfallversicherungsrecht mitvollzogen wird.

Zu Buchstabe b

Im Leistungsrecht der Unfallversicherung werden – wie auch im Bereich des Krankenversicherungsrechts – Rabatte bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmittel durch Apotheken berücksichtigt (§ 29 Abs. 2 SGB VII). Die bestehende Regelung wird nun durch weitere Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen ergänzt, soweit sich diese wegen der Besonderheiten des Unfallversicherungsrechts übertragen lassen. Den Unfallversicherungsträgern oder ihren Verbänden wird die Möglichkeit eröffnet, mit den pharmazeutischen Unternehmen zusätzliche Rabatte für Arzneimittel zu vereinbaren.

Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 47a)

Zu Absatz 1

Die Beauftragte oder der Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wird durch die entsprechende Anwendung der Vorschriften auch für die soziale Pflegeversicherung zuständig, da auch hier Verfehlungen entgegengewirkt werden soll. Durch die Regelung des Satzes 2 kommt § 67c Abs. 3 SGB X auch für die Verwendung von personenbezogenen Daten der Pflegeversicherung zum Tragen. Personenbezogene Daten von Krankenkassen und Pflegekassen können von der beauftragten Person zusammengeführt und verwendet werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift führt auch Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Pflegekassen ein. Das Organisationskonzept entspricht dem des SGB XI.

Zu Nummer 2 (§ 58)**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Änderung aufgrund der Anfügung der Absätze 6 und 7.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Änderung des § 249 SGB V. Dort wird die Verschiebung der paritätischen Finanzierung (Beitragstragung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern je zur Hälfte) zu Lasten des Versichertenanteils in Höhe des Finanzierungsanteils für die Krankengeldausgaben geregelt. Der im bisherigen Recht der Pflegeversicherung in § 58 Abs. 5 vorgesehenen Verweisung auf § 249 Abs. 3 und 4 SGB V lag die auch in der Pflegeversicherung grundsätzlich vorgesehene paritätische Finanzierung der Beitragstragung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber zugrunde. Da im SGB V zur Finanzierung der Krankengeldausgaben die Verschiebung der paritätischen Finanzierung zu Lasten des Versichertenanteils vorgenommen wird und das Recht der Pflegeversicherung eine dem Krankengeld vergleichbare Leistung nicht kennt, kann die Verschiebung der paritätischen Finanzierung im SGB V nicht auf die Pflegeversicherung übertragen werden. Die bisherige Verweisung im SGB XI auf § 249 Abs. 3 und 4 des SGB V kann deshalb nicht aufrechterhalten werden. In den neuen Absätzen 6 und 7 werden daher die bisherigen Regelungsinhalte des § 249 Abs. 3 und 4 SGB V a. F. anstelle einer Verweisung unmittelbar in das Recht der Pflegeversicherung übernommen.

Zu Artikel 5a (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Bisher erhielten Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld hatten, ein einmaliges Entbindungsgeld in Höhe von 77 Euro. Diese zusätzliche Leistung kann aus finanziellen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Zu Artikel 6 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu Nummer 1** (§ 8)

Nach § 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V hat das Bundesversicherungsamt auf Antrag einer Krankenkasse (oder eines Verbandes) ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137f zuzulassen, wenn das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge die in der jeweiligen Risikostruktur-Ausgleichsverordnung genannten Anforderungen erfüllen. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen nach § 266 Abs. 9 SGB V nicht am Risikostrukturausgleich teil; dementsprechend gelten auch die zu dessen Durchführung erlassenen Verordnungen für sie nicht. Wegen der Verknüpfung der strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Risikostrukturausgleich ist daher die Erteilung einer Zulassung durch das Bundesversicherungsamt nach § 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V an eine landwirtschaftliche Krankenkasse nicht möglich.

Zwar bleibt es den landwirtschaftlichen Krankenkassen unbenommen, unabhängig von einer Zulassung nach § 137g SGB V Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zu entwickeln und durchzuführen. Die besonderen Regelungen in den §§ 28 und 62a SGB V (Befreiung von der Praxisgebühr, Bonus bei den Zuzahlungen) knüpfen aber an die Teilnahme an einem Programm nach § 137f SGB V an; diese Voraussetzung können Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aus den genannten Gründen nicht erfüllen. Da sie dies nicht zu vertreten haben, werden sie so gestellt wie die Versicherten der allgemeinen Krankenversicherung, für deren Krankheit oder Behinderung kein strukturiertes Behandlungsprogramm zur Verfügung steht.

Zu Nummer 2 (§ 26)**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Anpassung an die Überschriften im 6. Kapitel des SGB V.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu § 197a SGB V-E und Verdeutlichung, dass die Vorschriften des SGB IV zu den Organen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Vorrang vor den Regelungen der §§ 194 bis 197 SGB V haben.

Zu Nummer 3 (§ 28)

Mit der Verweisung auf die entsprechende Vorschrift im SGB V sollen in der Praxis aufgetretene Unklarheiten beseitigt werden. Eine inhaltliche Änderung wird damit nicht bewirkt.

Zu Nummer 4 (§ 29)**Zu Buchstabe a**

Anpassung an die Bezeichnung im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Notwendige Ergänzung, dass auch eine Änderung der Rentenhöhe mitzuteilen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auch wenn die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen, ist es erforderlich, sie in das maschinell unterstützte Meldeverfahren einzubeziehen. Dadurch wird die Durchführung der Versicherung und die Abführung der Beiträge erleichtert.

Zu Nummer 5 (§ 36)**Zu Buchstabe a**

Mit den freiwilligen Zusammenschlüssen verschiedener Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ist eine Vergrößerung des Zuständigkeitsbereichs der neuen Träger verbunden. Als Folge dieser organisatorischen Änderungen, aber auch im Hinblick auf die Änderung in § 77 SGB V-E stellt es keine Ausnahme mehr dar, wenn im Bezirk einer regional zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse meh-

rere kassenärztliche Vereinigungen fortbestehen oder errichtet werden. Dem wird durch die geänderte Fassung des Satzes 1 Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gibt es keine durch mehrere Krankenkassen gebildeten Landesverbände, wie dies § 207 SGB V vorsieht. Vielmehr nimmt eine landwirtschaftliche Krankenkasse Aufgaben der Landesverbände wahr (so genannter funktioneller Landesverband). Die §§ 106b ff. SGB V ermöglichen es sowohl den einzelnen Krankenkassen als auch deren Landesverbänden, Einzelverträge zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abzuschließen. Da es in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht innerhalb des Landesverbandes zu einer Einigung kommen kann, wer ggf. derartige Verträge abschließt, bedarf es einer dahin gehenden Vereinbarung zwischen den beteiligten landwirtschaftlichen Krankenkassen. Ohne eine solche Vereinbarung kann Verträge dieser Art nur die jeweilige landwirtschaftliche Krankenkasse in ihrer Funktion als Krankenkasse abschließen.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung an die Einfügung des neuen Satzes 3.

Zu Nummer 6 (§ 37)

Zu den Buchstaben a und b

Folgeänderung zu § 221 SGB V-E.

Zu Nummer 7 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu § 248 SGB V-E.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu § 249 SGB V-E.

Zu Nummer 8 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Die angegebenen Vorschriften des EG-Rechts haben für eine Stilllegung von Flächen keine Bedeutung mehr. Um künftig derartigen Anpassungsbedarf zu vermeiden, wird in allgemeiner Form auf Vorschriften des EG-Rechts oder des nationalen Rechts als Rechtsgrundlage für eine Flächenstilllegung verwiesen.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Berichtigung.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird Erfordernissen der Praxis Rechnung getragen. Die Beitragsfestsetzung für landwirtschaftliche Unternehmer erfolgt durch Bescheid. Ändern sich die für die Beitragsbemessung maßgebenden Verhältnisse (z. B. Flächengröße), treten auch bei Erfüllung der Meldepflichten

im Hinblick auf die Wirkung einer Beitragsänderung immer wieder Probleme auf, denen nur durch eine eindeutige gesetzliche Bestimmung Rechnung getragen werden kann. Die Vorschrift ist einer vergleichbaren Regelung im Recht der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nachgebildet (§ 183 Abs. 5 SGB VII).

Zu Nummer 9 (§ 42)

Zu Buchstabe a

Im Hinblick auf die Wahlrechte der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (§§ 173 ff. SGB V) kann nicht mehr auf die Beitragshöhe der Krankenkasse abgestellt werden, deren Mitglied der Versicherte ohne die Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wäre. Es wird stattdessen auf den bundesdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz abgestellt. Diese Regelung entspricht auch jener, die bereits für vergleichbare Fälle bei Unternehmern gilt (§ 39 Abs. 4).

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung an die Streichung der Vorschrift im SGB V.

Zu Nummer 10 (§ 51a)

Folgeänderung zu § 264 SGB V-E.

Zu Nummer 11 (Überschrift des Siebten Abschnitts)

Folgeänderung zur Änderung der Überschrift des Zehnten Kapitels im SGB V.

Zu Nummer 12 (§ 56)

Folgeänderung zu Nummer 14 und redaktionelle Anpassung der Verweisung an die Bestimmungen des SGB V.

Zu Nummer 13 (Überschrift des Achten Abschnitts)

Folgeänderung zur Änderung der Überschrift des Elften Kapitels im SGB V.

Zu Nummer 14 (§ 57)

Folgeänderung zur Änderung einer Bußgeldvorschrift und Einfügung einer Strafvorschrift – §§ 307, 307a SGB V-E.

Zu Nummer 15 (§ 66)

Die Regelung entspricht § 220 SGB V-E.

Zu Artikel 6a (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 22)

Folgeänderung zur Änderung des § 195 RVO.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zur Aufhebung des § 200b RVO.

Zu Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)**Zu Nummer 1** (§ 7)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich geworden ist, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht mehr in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt ist, sondern die Regelungen zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nunmehr in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V enthalten sind. Die Änderung stellt klar, dass für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Künstlersozialversicherung die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V gilt.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift zur Berechnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze im Fall der Verlegung des Tätigkeitsortes aus dem Beitrittsgebiet in das übrige Bundesgebiet oder umgekehrt wird nicht mehr benötigt, da seit 1. Januar 2001 für das gesamte Bundesgebiet eine einheitliche Jahresarbeitsentgeltgrenze gilt.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich geworden ist, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht mehr in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt ist, sondern die Regelungen zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nunmehr in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V enthalten sind. Durch die Anknüpfung an die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung an Stelle der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird klargestellt, dass die Höhe der von § 10 Abs. 1 Satz 3 KSVG in Bezug genommenen Einkommensgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung unverändert bleibt.

Zu Artikel 8 (Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich geworden ist, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht mehr in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt ist, sondern die Regelungen zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nunmehr in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V enthalten sind. Das geltende Recht wird hierdurch nicht geändert.

Zu Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)**Zu Nummer 1** (§ 16 Abs. 1)**Zu Buchstabe a**

Die Verpflichtung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die Prüfung über das Vorliegen von Unterversorgung von Amts wegen vorzunehmen, entspricht den Regelungen zur Überversorgung.

Zu Buchstabe b

Die Änderung entspricht der Änderung des § 100 Abs. 1 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 24 Abs. 2)

Nach Satz 2 hat der Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht (Residenzpflicht). Das heißt, er muss in der Lage sein, auch außerhalb der Sprechstunden in angemessener Zeit an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung zu stehen. Durch die neue Regelung wird diese Pflicht gelockert, um einen Anreiz für die Niederlassung in Gebieten zu schaffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Unterversorgungsfeststellung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffen hat.

Zu Nummer 3 (§ 28 Abs. 1 Satz 3)

Folgeänderung zur Einführung der Absätze 2b und 2c in § 95 SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 32)**Zu Buchstabe a**

In den zugelassenen Gesundheitszentren nach § 95 SGB V und den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V können auch Ärzte angestellt werden, die das 55. Lebensjahr vollendet haben. Es ist daher nicht sachgerecht, das Verbot der Beschäftigung älterer Ärzte allein für die angestellten Ärzte in Vertragsarztpraxen aufrechtzuerhalten.

Zu Buchstabe b

Die Änderung regelt, dass auch die angestellten Ärzte in einer Vertragsarztpraxis der Fortbildungspflicht unterliegen und die Genehmigung der Anstellung zu widerrufen ist, wenn die Fortbildung nicht absolviert wird.

Zu Nummer 5 (§ 46)

Es wird klargestellt, dass die in der Vorschrift genannten Gebühren auch für alle angestellten Ärzte, Gesundheitseinrichtungen und sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen zu tragen sind.

Zu Artikel 10 (Änderung der Schiedsamtverordnung)

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs. 2, durch die die Bezeichnung des Absatzes 1 wegfällt.

Zu Artikel 11 (Änderung der Sonderurlaubsverordnung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich geworden ist, weil die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht mehr in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt ist, sondern die Regelungen zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nunmehr in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V enthalten sind. Mit der Änderung wird klargestellt, dass für

eine Freistellung bei Erkrankung eines Kindes die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V zugrunde gelegt wird.

Zu Artikel 12 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 43)

Mit diesen Regelungen sollen der Versandhandel und elektronische Handel auch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln mit dem Endverbraucher ermöglicht werden. Bei diesen Regelungen sind die Grundsätze, die das Bundesverfassungsgericht in jüngerer Zeit zum Apothekenwesen in Verbindung mit dem Grundrecht der Freiheit der Berufsausübung insbesondere in dem Urteil vom 16. Januar 2002 (– 1 BvR 1236/99 –) und dem Beschluss vom 11. Februar 2003 (– 1 BvR 1972/00 –, – BvR 7001 –) festgelegt hat, zu berücksichtigen. Wegen der besonderen Anforderungen, insbesondere hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit, des Verbraucherschutzes, der Versorgungssicherheit und des fairen Wettbewerbs darf dieser Handel nur von Apotheken betrieben werden, und zwar nur von solchen, die diesen Erfordernissen entsprechen. Die Erfordernisse sind in der Apothekenbetriebsordnung näher geregelt. Die Ermöglichung des Versandhandels und des elektronischen Handels auch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln trägt der geänderten Situation im Gesundheitswesen Rechnung. Diese Änderung des Arzneimittelgesetzes dient auch dem Verbraucherschutz, da der Verbraucher durch einen geregelten, kontrollierten und überwachten Versandhandel einschließlich elektronischen Handel mit Arzneimitteln besser als bisher geschützt werden kann. Zudem können Apotheken Internet und Versandhandel gezielt nutzen, um im Wettbewerb im Arzneimittelmarkt ihren Service auszubauen und so die Kundenbindung zu verstärken, was jedoch in berufsangemessener Weise zu erfolgen hat. Damit wird auch den Anliegen der Verbraucher wie chronisch Kranken, immobilen Patienten, älteren Bürgern, Berufstätigen oder Kunden mit größeren Entfernungen zur nächsten Apotheke sowie der häuslichen Pflege von Patienten entgegengekommen.

Für Arzneimittel, die zur Anwendung am oder im tierischen Körper bestimmt sind, bleibt es beim bisherigen Vertriebsweg nach § 43 Abs. 5.

Zu Nummer 2 (§ 48)

Mit dieser Regelung wird der Möglichkeit Rechnung getragen, dass die Verschreibung auch in elektronischer Form erfolgen kann. Damit wird auch klargestellt, dass das Arzneimittelrecht verschiedene Trägermedien der Verschreibung zulässt und somit auch die für die elektronische Form speziellen Regelungen ermöglicht.

Zu Nummer 3 (§ 63)

Mit der Beteiligung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten im Stufenplan sollen die Patientenrechte auch auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit gestärkt und die Information der Patienten verbessert werden.

Zu Nummer 4 (§ 73)

Folgeänderung zu der Änderung des § 43 Abs. 1. Zudem dient diese Regelung dazu, die Anforderungen des inner-europäischen Versandhandels mit Arzneimitteln an den in Deutschland geltenden Anforderungen auszurichten.

Zu Nummer 5 (§ 78)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Änderung wegen der Umbenennung der Ministerien.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Umstellung des Apothekenzuschlags auf einen Festzuschlag und einen geringen prozentualen preisabhängigen Zuschlag macht es erforderlich, dass der Festzuschlag in regelmäßigen Abständen durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, angepasst werden kann.

Zu Buchstabe b

Die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wird aufgehoben. Im SGB V (§ 129 Abs. 5 und 5a) und in der Arzneimittelpreisverordnung werden zudem Vereinbarungslösungen auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel zugelassen. Einheitliche Apothekenabgabepreise sind daher nicht mehr gewährleistet.

Zu Artikel 13 (Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen)

Zu Nummer 1 (Bezeichnung des Gesetzes)

Damit wird der bereits von den betroffenen Kreisen üblicherweise gebrauchten Bezeichnung gefolgt.

Zu Nummer 2 (§ 2 Abs. 4 und 5)

Die Regelung soll den Fremdbesitz verhindern. Weiterhin soll eine Umgehung des Fremdbesitzverbotes dadurch unterbunden werden, dass ein Apotheker, der keine Apotheke betreibt und auch keine persönlich führen will, in den Besitz von mehreren Apotheken gelangt. Aufgrund dieser Regelung unterliegt der Betreiber in jedem Fall persönlich den Vorschriften, die das Apothekenrecht für Apothekenleiter vorsieht, wonach er, wenn er persönlich eine Apotheke führt, keiner weiteren beruflichen Tätigkeit nachgehen darf.

Mit der Regelung in Absatz 5 Nr. 2 wird das Sicherheitsniveau gewährleistet, das das Gesetz mit den für den Leiter einer einzelnen öffentlichen Apotheke geltenden Regelungen verfolgt.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Folgeänderung in Verbindung mit der Ermöglichung des Mehrbesitzes von öffentlichen Apotheken. Nachträglich notwendige Änderungen der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer öffentlicher Apotheken werden in § 4 Abs. 3 neu geregelt.

Zu Nummer 4 (§ 7)

Folgeänderung in Verbindung mit der Ermöglichung des Mehrbesitzes von öffentlichen Apotheken. Die Vorschrift konkretisiert die Anforderung des § 2 Abs. 5 Nr. 2.

Mit dieser Regelung wird das Sicherheitsniveau gewährleistet, das das Gesetz mit den für den Leiter einer einzelnen öffentlichen Apotheke geltenden Regelungen verfolgt.

Zu Nummer 5 (§ 11 Abs. 1)

Die Ausnahme von der Regel nach § 11 Abs. 1 Satz 1 des Apothekengesetzes ist notwendig, um die Effizienz dieser Versorgungsprogramme (§§ 63, 64, 67, 73a Abs. 1, § 137f und § 140a ff. SGB V) zu erhöhen.

Zu Nummer 6 (§ 11a)

Konkretisierung der Anforderung zur Erteilung einer Erlaubnis zum Versenden auch von apothekenpflichtigen Arzneimitteln an Patientinnen und Patienten durch einer öffentlichen Apotheke in Verbindung mit der Regelung in § 43 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes. Mit diesen Vorschriften sollen die Ziele erreicht werden, wie sie in der Begründung zur Änderung des § 43 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes aufgeführt sind.

Diese Regelungen tragen dem Umstand Rechnung, dass bereits im zunehmenden Maße Apotheken Arzneimittel Verbrauchern/Patienten aus Gründen des Services und der Unterstützung von immobilen Patienten und zum Beispiel auch von Berufstätigen (Leistungsbereitschaft und Kundenorientierung als Werbe- oder Marketingstrategie und als Instrumentarium des Wettbewerbs) per Versand oder Boten zustellen. Mit den folgenden Regelungen werden die Arzneimittelsicherheit und der Verbraucherschutz gegenüber der geübten Praxis noch weiter erhöht. Bei diesen Regelungen sind die Grundsätze, die das Bundesverfassungsgericht in jüngerer Zeit zum Apothekenwesen in Verbindung mit dem Grundrecht der Freiheit der Berufsausübung insbesondere in dem Urteil vom 16. Januar 2002 (– 1 BvR 1236/99 –) und dem Beschluss vom 11. Februar 2003 (– 1 BvR 1972/00 –, – BvR 7001 –) festgelegt hat, zu berücksichtigen.

Mit der Vorschrift soll gewährleistet werden, dass bei dem Transport keine Minderung der Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels entsteht, die Arzneimittel nicht in unbefugte Hände geraten und gegebenenfalls der Verbraucher die notwendigen Informationen/Beratung erhält. Diese Kriterien basieren weitgehend auf Erfahrungen der Schweizerischen Regierung mit einer Versandapotheke und den nun dazu erlassenen rechtlichen Regelungen. Diese Regelung berücksichtigt auch, dass in vielen Fällen keine oder keine Beratung unter persönlicher Anwesenheit des Verbrauchers/Patienten aus den verschiedensten Gründen notwendig oder erwünscht ist; dies ist insbesondere bei chronisch Kranken oder wiederholten Medikationen der Fall. Da auch bisher in Deutschland der Versand von apothekenpflichtigen, nicht apothekenpflichtigen und thermolabilen Arzneimitteln sowie auch von Betäubungsmitteln in verschiedenen Bereichen rechtlich nicht verboten ist und praktiziert wird, kann davon ausgegangen werden, dass bei Beachtung der üblichen Vorsichtsmaßnahmen die Qualität durch einen Versand per Post oder sonstigen gewerblichen Zustellungsdienst nicht beeinträchtigt wird. Geeignete Verfahren werden von

Logistikunternehmen angeboten. So auch der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 11. Februar 2003 zum Impfstoffversand an Ärzte durch Apotheker (– 1 BvR 1972/00 –, – 1 BvR 70/01 –).

Die Regelung zur fiktiven Erlaubniserteilung nach Ablauf einer Frist von drei Monaten soll zur Beschleunigung und Vereinfachung des Verfahrens beitragen. Die vorgesehene Frist für die Erlaubniserteilung der zuständigen Behörden erscheint angemessen, um entsprechende Anträge von Apotheken zu prüfen und zu bescheiden.

Zu Nummer 7 (§ 14 Abs. 4 Satz 3)

Krankenhäuser können nach §§ 116a, 116b und 140b Abs. 4 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – neu – zur ambulanten Versorgung von Patienten des Krankenhauses ermächtigt oder im Rahmen von besonderen Versorgungsformen vertraglich berechtigt sein.

Nach § 116a SGB V (neu) werden Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung derjenigen Gebiete einbezogen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt hat. Nach Vereinbarung eines Kataloges ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen durch die Selbstverwaltungspartner gemäß § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V (neu) können die Krankenkassen oder ihre Verbände zugelassene Krankenhäuser durch Abschluss eines Versorgungsvertrages in die ambulante Versorgung der im Katalog genannten Leistungen miteinbeziehen. Weiter wird zugelassenen Krankenhäusern nach § 116b Abs. 1 und § 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V (neu) künftig durch entsprechende vertragliche Regelungen die Möglichkeit eröffnet, über ihren Versorgungsauftrag zur stationären Versorgung hinaus im Rahmen und zur Förderung der integrierten Versorgung sowie der strukturierten Behandlungsprogramme auch ambulante Leistungen zu erbringen.

Mit dieser Regelung ist klargestellt, dass Krankenhausapotheken unter den oben angegebenen Bedingungen somit auch im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) und integrierter Versorgung ambulante Patienten in den Räumen des Krankenhauses versorgen dürfen; dies schließt die Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause durch eine Krankenhausapotheke aus, soweit das Gesetz für bestimmte Situationen keine Ausnahme vorsieht. Ebenso ist die Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten durch die Krankenhausapotheke in den Fällen ausgeschlossen, wenn die Behandlung der Patienten in vertraglich vereinbarten Versorgungsformen erfolgt und die Arzneimittel von den Patienten zu Hause angewendet werden sollen, weil ansonsten eine solche Versorgung eine Öffnung der Krankenhausapotheken über das für die umgehende Versorgung des Patienten unbedingt notwendige Maß hinaus in dem Bereich bedeutet, der üblicherweise von öffentlichen Apotheken versorgt wird. Eine grundsätzliche Öffnung der Krankenhausapotheken für den ambulanten Bereich ergäbe einen ungleichen Wettbewerb der Krankenhausapotheken mit den öffentlichen Apotheken, da letztere im Gegensatz zu den Krankenhausapotheken in der Regel eine stärkere Steuerbelastung (Umsatzsteuer) sowie eine stärkere wirtschaftliche Belastung durch Betriebs-, Personal- und Investitionskosten haben, die alleine durch Einkünfte aus dem Verkauf von

Arzneimitteln gedeckt werden müssen. Diese Kosten werden im Krankenhausbereich meist durch Mischkalkulation des gesamten Krankenhausbetriebes oder des Betreibers des Krankenhauses, der in der Regel die öffentliche Hand ist, getragen oder entfallen, wie zum Beispiel die Zahlung der Umsatzsteuer.

Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Arzneimittelindustrie ihre Preiskalkulationen für Arzneimittel, die ursprünglich zur Anwendung im Krankenhaus vorgesehen sind und nun verstärkt auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden sollen, in Richtung Preiserhöhung ändern werden, wodurch auf die Krankenhäuser erhöhte Arzneimittelkosten zukommen können.

Zu Nummer 8 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Ermächtigung können Regelungen zur Teilnahme an nach dem SGB V vereinbarten Versorgungsformen getroffen werden, wie sie nach den §§ 63, 64, 67, 73a Abs. 1, § 137f und § 140a ff. SGB V möglich sind. Eine Beteiligung des Bundesrates an der Verordnung in Verbindung mit der Ausrichtung der Apotheken auf nach dem SGB V vereinbarten Versorgungsformen ist nicht notwendig, da keine Belange der Länder betroffen sind.

Die Bezeichnung der Verordnung in Verbindung mit Regelungen zu Informationen in elektronischen Medien, die für den elektronischen Handel mit Arzneimitteln notwendig sind, soll dem Ordnungsgeber überlassen werden. Diese müssen nicht in der Apothekenbetriebsordnung getroffen werden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Dies ist eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 21 Abs. 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Damit wird ermöglicht, dass in der Apothekenbetriebsordnung Anforderungen an den elektronischen Handel und Versandhandel mit Arzneimitteln zusätzlich zu den Regelungen im Hinblick auf die Abgabe von Arzneimitteln in der Apotheke festgelegt werden können.

Ferner ermöglicht diese Vorschrift, solche Arzneimittel und Arzneimittelgruppen vom Versandhandel auszuschließen, deren Versandhandel in der Regel mit unverhältnismäßiger Beeinträchtigung der Arzneimittelsicherheit oder mit sonstigen unverhältnismäßigen Risiken verbunden ist. Zu einem solchen Verbot reicht nicht eine Vermutung. Es sind die zu erwartenden Sicherheitsmängel und sonstigen Risiken ausreichend zu begründen oder nachzuweisen. Weiterhin ist zu belegen, dass ausschließlich ein Versendeverbot diesen Mängeln und Risiken vorzubeugen vermag.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Ergänzung der Nummer 6 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass unabhängig von den üblichen Apothekenbetriebsräumen an die Räume, die den Versandhandel oder elektronischen Handel mit Arzneimitteln betreffen, spezielle Regelungen notwendig werden können.

Zu Buchstabe c

In zunehmendem Umfang wird das Internet auch als Informationsquelle zu Fragen der Gesundheit sowie zu Produkten, die in Verbindung mit der Gesundheit stehen, genutzt. Auf der Basis dieser Informationen werden von Verbrauchern Entscheidungen zum Erwerb und zur Nutzung solcher Produkte und Dienstleistungen gefällt. Zudem werden Verbraucher mit Links zu Webseiten geführt, über die derartige Produkte bestellt werden können. Im Sinne des Verbraucherschutzes ist es notwendig, die Darbietung, die Informationen selbst, die Überprüfung der Webseite sowohl durch Behörden, aber auch durch den Verbraucher selbst, zum Beispiel auch ob es sich um eine qualifizierte Webseite handelt, zu regeln. Die Erfüllung der Vorschriften der Verordnung kann von Behörden, aber auch von anderen Institutionen, soweit deren Zuständigkeit verbindlich festgelegt ist, überwacht beziehungsweise überprüft und bestätigt werden. Auf diese Weise ist diese Regelung auch von anderen Staaten als Deutschland vollziehbar und kann somit von Deutschland als gleichwertig angesehen werden.

Die Verordnungsermächtigung entspricht weitgehend den europäischen Vorstellungen, wie sie in der Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss „Europe 2002: Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen“ vom 29. November 2002 [Dokument KOM(2002) 667 endg.] enthalten sind. Zudem werden in Deutschland vergleichbare Anforderungen von dem „Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem – afgis“ mit den betroffenen Kreisen unter Einbeziehungen der Erfahrungen anderer Staaten erarbeitet.

Zu Nummer 9 (§ 32)

Seit dem 3. Oktober 1990 ist diese Regelung gegenstandslos.

Zu Artikel 14 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Mit dem Medizinproduktegesetz wurde ein neuer Rechtsbereich für Produkte geschaffen, die zu vergleichbaren Zwecken wie Arzneimittel angewendet und somit auch von Apotheken in den Verkehr gebracht werden. Mit dieser Änderung wird den Entschließungen des Bundesrates vom 8. Juli 1994 [Bundratsdrucksache 515/94 (Beschluss)] und vom 1. Juni 2001 [Bundratsdrucksache 309/01 (Beschluss), Bundtagsdrucksache 14/6281, S. 47, vom 15. Juni 2001] gefolgt, die Apothekenbetriebsordnung dem neuen Rechtsgebiet, das mit dem Medizinproduktegesetz geschaffen wurde, anzupassen. Dem tragen die Änderung in § 2 Abs. 4 und in § 25 Rechnung. Die Regelung in Absatz 3 dient der Klarheit.

Zu Nummer 2 (§ 2)

Zu den Buchstaben a, b und d

Diese Änderungen sind Folgeänderungen zu den Änderungen des § 2 des Apothekengesetzes. Diese Vorschriften regeln die Pflichten des Betreibers von mehreren öffentlichen Apotheken und des Apothekers, der von dem Betreiber mit

der Führung einer öffentlichen Apotheke im Rahmen des Mehrbesitzes beauftragt wurde, damit dasselbe Sicherheitsniveau gewährleistet bleibt, wie es mit den Regelungen zur Leitung einer einzelnen Apotheke bereits verfolgt wird. Das Betreiben mehrerer Apotheken ist mit einer höheren Verantwortung verbunden als die Leitung nur einer Apotheke. Deshalb darf der Betreiber mehrerer Apotheken auch nur von einem Apotheker vertreten werden.

Zu Buchstabe c

Mit dieser Änderung wird den Entschlüssen des Bundesrates vom 8. Juli 1994 [Bundratsdrucksache 515/94 (Beschluss)] und vom 1. Juni 2001 [Bundratsdrucksache 309/01 (Beschluss), Bundestagsdrucksache 14/6281, S. 47, vom 15. Juni 2001] gefolgt, die Apothekenbetriebsordnung dem neuen Rechtsgebiet, das mit dem Medizinproduktegesetz geschaffen wurde, anzupassen. Ferner trägt diese Änderung des bisherigen Absatzes 4 der Ermöglichung des Versandhandels und elektronischen Handels mit Arzneimitteln Rechnung.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung wird im Hinblick auf die Anforderungen in Verbindung mit dem Versenden von Arzneimitteln und der Information/Beratung des Kunden außerhalb der Apotheke sowie im Hinblick auf den elektronischen Handel ergänzt.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die hier erwähnten Räume von ihrer Funktion her von den anderen Apothekenbetriebsräumen getrennt sein können, ohne dass der übliche Apothekenbetrieb beeinträchtigt wird.

Zu Nummer 4 (§ 14)

Für das Abfüllen, Abpacken und die Aufmachung von Arzneimitteln in Verbindung mit der Abgabe dieses Arzneimittels von einem Apotheker in der öffentlichen Apotheke an den einzelnen Endverbraucher bedarf es keiner Herstellungserlaubnis nach dem Arzneimittelgesetz. In diesen Fällen muss jedoch dem Arzneimittel die Kennzeichnung und Packungsbeilage für den Endverbraucher beigelegt werden. Diese Auffassung entspricht auch der Auffassung der Europäischen Kommission (Antwort auf eine Frage eines Mitglieds des Europäischen Parlaments, ABl. EG Nr. C 118 vom 29. April 1999 S. 106).

Zu Nummer 5 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung des § 43 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes (Ermöglichung des Versandes von Arzneimitteln).

Zu Buchstabe b

Diese Regelung nimmt den Botendienst von der Erlaubnispflicht nach § 11a des Apothekengesetzes aus, verpflichtet jedoch den Apothekenleiter, den Sicherheitsvorschriften,

die für den Versandhandel gelten, entsprechend zu verfahren. Eine Erlaubnispflicht für den Botendienst wäre im Vergleich zum Versandhandel unverhältnismäßig.

Zu Buchstabe c

Mit dieser Vorschrift wird der Apothekenleiter als Normadressat genannt sowie seine Pflichten in Verbindung mit der Durchführung des Versandhandels definiert und konkretisiert.

Diese Regelungen tragen auch dem Umstand Rechnung, dass bereits im zunehmenden Maße Apotheken Arzneimittel Verbrauchern/Patienten aus Gründen des Services und der Unterstützung von immobilen Patienten, Patienten in weiterer Entfernung von seiner Apotheke (z. B. in dünnbesiedelten Gegenden, Entlastung insbesondere von Kunden und Dauerpatienten von Fahrtkosten zum Beispiel bei öffentlichen Verkehrsmitteln) und auch von Berufstätigen (Leistungsbereitschaft und Kundenorientierung als Werbe- oder Marketingstrategie und als Instrumentarium des Wettbewerbs) per Versand oder Boten zustellen. Mit den folgenden Regelungen werden die Arzneimittelsicherheit und der Verbraucherschutz gegenüber der geübten Praxis noch weiter erhöht.

Diese Regelung berücksichtigt auch, dass in vielen Fällen keine oder keine Beratung unter persönlicher Anwesenheit des Verbrauchers/Patienten aus den verschiedensten Gründen notwendig oder erwünscht ist; so z. B. bei chronisch Kranken. Diese Regelung schließt auch die Möglichkeit ein, dass eine Beratung durch pharmazeutisches Personal bei dem Verbraucher/Patienten auch außerhalb der Apothekenräume erfolgen kann; die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass die Zustellung des Arzneimittels durch pharmazeutisches Personal nicht notwendig ist und somit eine derartige rechtliche Verpflichtung ein Übermaß darstellen würde; zudem ging sie zu Lasten von kleineren Apotheken z. B. auf dem Lande.

Sollte der Apotheker im Einzelfall wegen der spezifischen Situation des Kunden in Verbindung mit einem Risiko des jeweiligen Arzneimittels zu der Erkenntnis gelangen, dass auch durch eine fernmündliche oder schriftliche Information die Arzneimittelsicherheit und der Verbraucherschutz nicht im hinreichenden Umfang gewährleistet werden kann, darf das Arzneimittel nicht versandt werden, bevor der Verbraucher die Information oder Beratung nicht in seiner persönlichen Anwesenheit erhalten hat.

Zu Nummer 6 (§ 23 Abs. 1)

Diese Regelung ist eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Verlängerung der Ladenöffnung an Samstagen vom 15. Mai 2003 (BGBl. I S. 658).

Zu Nummer 7 (§ 25)

Mit der Einfügung der Nummer 1 wird den Entschlüssen des Bundesrates vom 8. Juli 1994 [Bundratsdrucksache 515/94 (Beschluss)] und vom 1. Juni 2001 [Bundratsdrucksache 309/01 (Beschluss), Bundestagsdrucksache 14/6281, S. 47, vom 15. Juni 2001] gefolgt, die Apothekenbetriebsordnung dem neuen Rechtsgebiet, das mit dem Medizinproduktegesetz geschaffen wurde, anzupassen. Die Apothekenpflicht von Medizinprodukten wird in der Ver-

ordnung über Vertriebswege für Medizinprodukte geregelt. Die Nummer 2 fasst die bisherigen diesbezüglichen Produkte zusammen und folgt den Bedürfnissen der Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. Die Nummern 3 bis 5 waren auch bisher apothekenübliche Waren; es liegen keine Erkenntnisse vor, die deren Streichung rechtfertigen würden.

Zu Artikel 15 (Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Zu Absatz 5

Diese Regelung dient der Anpassung an Artikel 86 Abs. 2 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel (ABl. Nr. L 311 S. 67). Damit wird klargestellt, dass Hersteller oder Unternehmer konkrete Anfragen von Verbrauchern zu bestimmten Arzneimitteln beantworten dürfen und Verbraucher auch einen besseren Zugang zu Informationen über Arzneimittel, wie z. B. die amtlich genehmigte Packungsbeilage und die Fachinformation, erhalten. Dies ermöglicht auch die Versendung dieser Informationen mittels elektronischer Medien. Voraussetzung ist, dass der Übersendung eine konkrete Anfrage vorausgeht und dass die übermittelten Unterlagen nicht Werbezwecken dienen.

Zu Absatz 6

Diese Ausnahme ist eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Ermöglichung des elektronischen Handels mit Arzneimitteln und stellt sicher, dass die Angaben des Bestellformulars von den Vorschriften dieses Gesetzes unberührt bleiben, soweit diese unbedingt für eine ordnungsgemäße Bestellung auch im Sinne des Verbraucherinteresses und -schutzes notwendig sind. Darüber hinaus gehende Angaben unterliegen diesem Gesetz.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Änderung verfolgt das Ziel einer effektiveren Bekämpfung unerwünschter Verhaltensweisen im Bereich der Heilmittelwerbung. Nach bisheriger Rechtslage konnten Empfänger einer unzulässigen Zuwendung oder sonstigen Werbegabe, sofern keine sonstigen Gesetzesverstöße vorlagen, selbst nicht belangt werden. Die Annahme einer nach § 7 HWG verbotenen Werbegabe stellte für Empfänger weder eine Ordnungswidrigkeit dar, noch bestand eine Verpflichtung für Empfänger, verbotswidrig erlangte Vorteile herauszugeben. Entsprechend den Vorschriften der §§ 331 und 332 StGB zur strafbaren Vorteilsannahme und Bestechlichkeit wird nunmehr auch im Bereich des Heilmittelwerbegesetzes auf der Ebene der Ordnungswidrigkeiten geregelt, dass Empfänger einer verbotswidrigen Zuwendung, sofern es sich um Angehörige der Fachkreise im Sinne von § 2 handelt, eine Ordnungswidrigkeit begehen, die entsprechend geahndet werden kann.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Der bisherige Absatz 1 wird aufgehoben, da dieser sich auf den verbotenen Versandhandel bezogen hatte, der nunmehr

durch die Änderungen insbesondere der §§ 43 und 73 des Arzneimittelgesetzes grundsätzlich ermöglicht wird.

Zu Nummer 4 (§ 15)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung des Katalogs der Ordnungswidrigkeiten stellt eine Folgeänderung zur Änderung des § 7 dar.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Änderung des § 8.

Zu Buchstabe c

Die bisherige Höhe der angedrohten Geldbuße (25 000 Euro für Verstöße nach Absatz 1 und 12 500 Euro für Verstöße nach Absatz 2) hat in der Praxis zu keiner wirksamen Eindämmung der unerwünschten Werbemethoden geführt. Angesichts der Bedeutung des Arzneimittelmarktes und des hohen Gesamtumsatzes mit Arzneimitteln ist eine spürbare Erhöhung der Geldbuße erforderlich, um den wirtschaftlichen Anreiz von Verstößen gegen das Heilmittelwerbegesetz zu verringern und gleichzeitig die Appellfunktion der betreffenden Verbotstatbestände für die Beteiligten stärker hervorzuheben.

Zu Nummer 5 (§ 16)

Bei Verstößen gegen die Verbote des Heilmittelwerbegesetzes werden die Vorschriften des Strafgesetzbuches und des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten zu der Anordnung der erweiterten Einziehung für anwendbar erklärt. Die Einziehung erstreckt sich nicht nur auf Werbematerial, sondern auch auf sonstige Gegenstände, auf die sich die Tat bezieht. Damit wird sichergestellt, dass verbotswidrig erlangte Zuwendungen vom Empfänger herausgegeben werden müssen.

Zu Artikel 16 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 4)

§ 1 Abs. 4 nimmt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung aus. Die bisher vorgetragenen Argumente für die Preisbindung (Lagerisiko und Kapitalbindung der Apotheke, Unzumutbarkeit von Preisvergleichen für den Patienten) lassen sich zumindest bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten nicht mehr halten. Die Freigabe der Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und die Möglichkeit von Preisvereinbarungen zwischen den Kassen und den Apothekern wird zu einer deutlichen Zunahme des Wettbewerbs und tendenziell zu sinkenden Preisen führen. Der Umsatz bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln lag 2001 bei 6,7 Mrd. Euro. Von diesem Umsatz wurden 3 Mrd. Euro zu Lasten der GKV verordnet. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht von einer Preissenkung von 15 % und von Einsparungen für die Kassen von gut 500 Mio. Euro aus.

Zu Nummer 2 (§ 2 Abs. 2 und 3)

§ 2 Abs. 2 und 3 legt die neuen Höchstzuschläge für den Großhandel fest, die auf den Herstellerabgabepreis aufgeschlagen werden.

Zu Nummer 3 (§ 3 Abs. 3 und 4)

§ 3 Abs. 3 legt den neuen Festzuschlag und den preisabhängigen prozentualen Zuschlag der Apotheker zur Berechnung des Apothekenabgabepreises fest. Absatz 4 kann deshalb gestrichen werden.

Zu Nummer 4 (§ 3a)

Absatz 1 legt fest, dass für die Abgabe von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zu Lasten von Krankenkassen verordnet werden, abweichend von § 3 die Preise durch Vereinbarungen zwischen einem Landesverband der Krankenkassen und den Landesverbänden der Apotheker festgelegt werden können (§ 129 Abs. 5 SGB V). Die Vereinbarungen können auch bei der Abgabe an nicht gesetzlich versicherte Abnehmer herangezogen werden.

Absatz 2 legt fest, dass abweichend von § 3 die Preise für den Versand von Arzneimitteln und für die Abgabe von Arzneimitteln in vertraglich vereinbarten Versorgungsformen (§ 129 Abs. 5a SGB V) in Vereinbarungen festgelegt werden können. Die Vereinbarungen können ebenfalls bei der Abgabe an nicht gesetzlich versicherte Abnehmer herangezogen werden.

Zu Nummer 5 (§ 11)

§ 11 legt fest, dass bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen nach § 129 Abs. 5 SGB V die §§ 2 und 3 dieser Verordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel anwendbar bleiben.

Zu Artikel 17 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes)**Zu Nummer 1** (§ 37)

Folgeänderung zur Neuregelung in § 264 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 38)

Die Sozialhilfeträger sind nur noch verpflichtet, die Krankheitskosten zu tragen, die nach den neuen Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherungen unabwendbar notwendig sind. Damit soll ein wirtschaftliches Verhalten der Sozialhilfeempfänger erreicht werden.

Zu Artikel 18 (Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien)**Zu Nummer 1** (Absatz 2)

Dem Zentrum für Qualität in der Medizin wird zukünftig eine herausgehobene Rolle für die Erarbeitung der besten, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse im Regelungsbereich des Fünften Sozialgesetzbuches zukommen. Die Erfüllung der Aufgaben des Zentrums erfordert die

Kenntnis von Forschungsergebnissen über Nutzen und Kosten medizinischer Verfahren und Technologien. Mit der GKV-Reform 2000 ist das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) dazu beauftragt worden, neben dem Informationssystem für die Bewertung der Wirksamkeit oder der Effektivität sowie der Kosten medizinischer Technologien wissenschaftliche Arbeiten zu vergeben. Hierzu hat das DIMDI Strukturen eingerichtet, die notwendige Fachkompetenz gebündelt sowie Zugriffe auf nationale und internationale Datenbanken geschaffen. Hilfreich war, dass das DIMDI aufgrund seiner übrigen Aufgaben über ein umfassendes Dateninformationssystem verfügt. Dazu zählt beispielsweise der Betrieb von Datenbanken für Bewertungen im Bereich der Qualitätssicherung, Datenbanken über die deutschen Informationssysteme für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie Zugriffe auf die wichtigsten 100 biomedizinischen Datenbanken weltweit. Zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen sind auch zukünftig die Kompetenzen des DIMDI im Rahmen der technischen Abwicklung der Forschungsarbeiten zu nutzen. Vor diesem Hintergrund erhalten sowohl das Zentrum als auch die Bundesausschüsse und der Ausschuss Krankenhaus das Recht, das DIMDI mit der Vergabe von Forschungsaufträgen zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien zu beauftragen. Der Bedeutung des Zentrums für Qualität in der Medizin entsprechend wird diesem ein vorrangiges Auftragsrecht eingeräumt. Da die Auswahl und Prioritätensetzung für die wissenschaftlichen Arbeiten zukünftig maßgeblich durch das Zentrum bestimmt wird, entfällt der Themenfindungsprozess beim DIMDI. Das hierzu eingerichtete Kuratorium ist entbehrlich. Sofern beim DIMDI die erforderlichen Kapazitäten bestehen, kann das DIMDI weitere Aufträge zur Vergabe von wissenschaftlichen Arbeiten entgegennehmen. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von dem jeweiligen Auftraggeber getragen.

Zu Nummer 2 (Absatz 3)

Der neue Absatz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 2.

Zu Artikel 19 (Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler)

In Zusammenhang mit der Neufassung der Arzneimittelpreisverordnung ist der Großhandelsabschlag nicht mehr erforderlich und wird aufgehoben.

Zu Artikel 20 (Änderung der Strafprozessordnung)

Die Regelung dient dem Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Bislang befinden sich Gesundheitsdaten in der Regel im Gewahrsam des zeugnisverweigerungsberechtigten Arztes und unterliegen damit dem Beschlagschutz. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden Gesundheitsdaten in erheblichem Umfang auch in der Hand des Patienten sein. Die damit beabsichtigten Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen dürfen nicht zu einer Verschlechterung der Rechtstellung der Patienten führen. Sie müssen darauf vertrauen können, dass die auf der

Gesundheitskarte befindlichen Daten tatsächlich nur für den mit der Gesundheitskarte beabsichtigten Zweck, der Optimierung ihrer Behandlung, verwendet werden.

Gleiches gilt, wenn zur Erreichung der vorgenannten Ziele Dienstleister in Anspruch genommen werden, die Daten der Versicherten zur Verbesserung von sektorübergreifenden Behandlungen unabhängig von einzelnen Behandlungseinrichtungen dokumentieren und für die weitere Versorgung zur Verfügung stellen.

Zu Artikel 21 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 51 Abs. 1)

Ab 2007 soll auch für Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Kündigung von Versorgungsverträgen bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet werden (Folgerregelung zur Änderung des § 110 Abs. 2 SGB V – Artikel 1).

Zu Nummer 2 (§ 206)

Am 31. Dezember 2006 rechtshängige Verfahren vor den Verwaltungsgerichten aufgrund einer Kündigung von Versorgungsverträgen, die für Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken gelten, bleiben von der Änderung des § 51 Abs. 1 Nr. 2 unberührt.

Zu Artikel 22 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Diese Regelung ist notwendig, um eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen zu vermeiden und in Zukunft wieder ihre Änderung oder Aufhebung durch eine Rechtsverordnung zu ermöglichen.

Zu Artikel 23 (Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Neuorganisation der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen)

Zu den §§ 1 bis 5 (Durchführung der Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen)

Es muss gewährleistet sein, dass mit Inkrafttreten der Regelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung am 1. Januar 2005 die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dem neuen Recht entsprechend gewählt sind. Deshalb ist in den §§ 1 bis 5 bestimmt, dass die nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlichen Organisationsänderungen und die Wahlhandlungen zur Vertreterversammlung und zum Vorstand bereits im Jahr 2004 durchgeführt werden.

Zu § 6 (Moratorium für die Errichtung und Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen)

Zu Absatz 1

Durch das gegenwärtige Organisationsrecht der Krankenkassen werden Betriebs- und Innungskrankenkassen in mehrfacher, wettbewerblich relevanter Hinsicht gegenüber den anderen Kassenarten bevorzugt: So ist eine Neuerrichtung nur für Betriebs- und Innungskrankenkassen möglich. Außerdem haben nur Betriebs- und Innungskrankenkassen die Möglichkeit, darüber zu entscheiden, ob sie sich durch Satzungsregelung für betriebs- oder innungsfremde Versicherte öffnen und hierdurch in vollem Umfang am Wettbewerb teilnehmen wollen. Somit ermöglicht das geltende Organisationsrecht einzelnen Krankenkassen Wettbewerbsvorteile, die in der Vergangenheit teilweise gezielt auch zur Selektion günstiger Risiken genutzt worden sind. Dies gilt vor allem für neu errichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen, die durch Ausnutzung der organisationsrechtlichen Sonderrechte mit besonders günstigen Beitragssätzen in den letzten Jahren erhebliche Mitgliedergewinne zu Lasten anderer Krankenkassen erreichen konnten. Diese Mitgliederbewegungen vollzogen sich vor allem im Bereich der risikogünstigeren jüngeren Versicherten. Teilweise verfügen die neu gegründeten Betriebs- und Innungskrankenkassen über einen Rentneranteil von weniger als 3 %, manche sogar von weniger als 1 %. Die Neuerrichtung dieser Krankenkassen hat somit zu einer zunehmenden Ungleichheit in der Verteilung der Versicherungsrisiken zwischen den Krankenkassen beigetragen, deren finanzielle Auswirkungen durch den Risikostrukturausgleich in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung noch nicht hinreichend kompensiert werden können. Diese wettbewerblichen Verwerfungen führen zu Fehlanzeigen im Kassenwettbewerb, indem Beitragssatzvorteile von Krankenkassen auch durch Strategien zur Risikoselektion statt durch Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung erreicht werden können.

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist zwar ein wesentlicher Schritt zur Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung im Bereich des Risikostrukturausgleichs unternommen worden. So werden Krankenkassen mit einer hohen Zahl chronisch kranker Versicherter finanziell entlastet, indem für diese Versicherten, wenn sie in zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben sind, besondere standardisierte Leistungsausgaben berücksichtigt werden. Außerdem ist zum 1. Januar 2002 ein Risikopool eingeführt worden, durch den überdurchschnittlich hohe Aufwendungen für einzelne Versicherte teilweise ausgeglichen werden.

Die entscheidende Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, durch die die bisherige indirekte Erfassung von Morbiditätsunterschieden zwischen den Versicherten durch eine direkte Erfassung dieser Morbiditätsunterschiede abgelöst werden soll, wird jedoch erst vom 1. Januar 2007 an wirksam werden, da hierfür erhebliche Vorarbeiten erforderlich sind. Erst von diesem Zeitpunkt an wird der Risikostrukturausgleich so zielgerichtet ausgerichtet sein, dass Krankenkassen keine Beitrags- und Wettbewerbsvorteile mehr dadurch erlangen können, dass sie vor allem gesunde Versicherte an sich binden.

Um zu verhindern, dass die bestehenden Wettbewerbsungleichgewichte zwischen den Kassenarten und die hiermit verbundenen Fehlanreize durch die Errichtung neuer Krankenkassen in der Zwischenzeit weiter verstärkt werden, sollen bis zur Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich keine weiteren Krankenkassen errichtet werden können. Die Ziele der Reform des Risikostrukturausgleichs, die sich auf die Beseitigung der wettbewerblichen Verwerfungen und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung konzentrieren, würden ansonsten unterlaufen.

Das Errichtungsmoratorium tritt bereits am Tag der ersten Lesung in Kraft (Artikel 25 Abs. 3). Dieser vorgezogene Zeitpunkt des Inkrafttretens ist erforderlich, um Vorzieheffekte zu vermeiden. Es ist davon auszugehen, dass bei einem späteren Inkrafttreten der Regelung noch eine Vielzahl neuer Krankenkassen errichtet würden. Hierdurch würde die Regelung jedoch weitgehend leer laufen. Bei laufenden Errichtungsverfahren gilt die Regelung nur insoweit, als das Abstimmungsverfahren unter den Beschäftigten nach § 148 Abs. 2 und § 158 Abs. 2 SGB V am ... (Tag der ersten Lesung) noch nicht durchgeführt worden ist. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Vorschrift keine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung entfaltet. Bis zum Vorliegen des Ergebnisses der Abstimmung besteht für den Arbeitgeber oder die Innung keine Sicherheit, dass die Voraussetzungen für die Errichtung der Krankenkasse vorliegen, sodass ein schutzwürdiges Vertrauen nicht gegeben ist. Aufwendungen für die neue Krankenkasse, wie die Einstellung von Personal, die Anmietung und Ausstattung von Räumen werden daher vorher noch nicht getätigt. Daher liegen bis zur Abstimmung noch keine Dispositionen vor, die durch das Errichtungsmoratorium entwertet werden könnten. Ist die Abstimmung dagegen an diesem Tag bereits abgeschlossen, kann die Errichtungsgenehmigung auch zu einem späteren Zeitpunkt noch erteilt werden.

Zu Absatz 2

Die Regelung beschränkt bis zur Einführung der direkten Morbiditätserfassung im Risikostrukturausgleich am 1. Januar 2007 den Zugang zu Betriebs- oder Innungskrankenkassen in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens auf die Beschäftigten des Betriebs oder der Innung, für die die Krankenkasse errichtet worden ist. Eine Öffnung der Krankenkasse für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte ist daher frühestens nach Ablauf von zehn Jahren seit ihrer Errichtung möglich. Die Öffnung einer Krankenkasse stellt eine grundlegende organisatorische Neuausrichtung der Krankenkasse dar, durch die der sachliche Bezug zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung endgültig aufgegeben wird (vgl. Begründung zur Änderung des § 173 SGB V). Infolgedessen erscheint es sachgerecht, dass die Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse erst dann möglich ist, wenn die Krankenkasse bereits für eine gewisse Mindestdauer als betriebs- oder innungsbezogene Krankenkasse bestanden hat. Hierdurch wird verhindert, dass Krankenkassen bereits kurze Zeit nach ihrer Errichtung zum Zweck der Erlangung von Wettbewerbsvorteilen geöffnet werden. Diese organisationsrechtliche Gestaltungsmöglichkeit ist in der Vergangenheit teilweise gezielt zur Selektion günstiger Risiken genutzt worden. Da die finanziellen Auswirkungen der hierdurch entstandenen Versichertenverteilung zwischen

den Krankenkassen erst durch die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vom Jahr 2007 an (§ 268 SGB V) ausgeglichen werden können, sollen in der Zwischenzeit keine weiteren Öffnungen derartiger Krankenkassen mehr genehmigt werden können. Diese Regelung trägt daher ebenfalls zu einer Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen bei.

Bei Betriebs- und Innungskrankenkassen, die schon länger als zehn Jahre bestehen, sind vergleichbare Wettbewerbsverwerfungen durch eine Öffnung dagegen nicht zu erwarten, da sie aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in der Regel über eine stärker ausgewogene Versichertenstruktur, insbesondere mit einem höheren Rentneranteil verfügen. Infolgedessen gilt die Regelung für diese Krankenkassen nicht.

Zur Vermeidung unerwünschter Vorzieheffekte ist die Genehmigung entsprechender Satzungsänderungen grundsätzlich vom Tag der ersten Lesung an ausgeschlossen. Andernfalls wäre zu erwarten, dass noch eine Vielzahl von Anträgen auf Genehmigung derartiger Satzungsregelungen gestellt würden. Hierdurch würde die Regelung jedoch weitgehend leer laufen. Um verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkungen zu vermeiden, gilt die Regelung nicht für Genehmigungsanträge, die am ... (Einfügen: Tag der ersten Lesung) bereits bei den Aufsichtsbehörden eingegangen sind. Für Krankenkassen, die zu diesem Zeitpunkt bereits alles aus ihrer Sicht Erforderliche getan haben, um die Genehmigung herbeizuführen, hat die Regelung daher keine Wirkung.

Zu § 7 (Weitergeltung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse)

§ 1 des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse enthält eine Übergangsregelung zum Mitgliederkreis dieser Krankenkassen, die bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen befristet ist. Das vorliegende Gesetz enthält zwar Regelungen zum Organisationsrecht der Krankenkassen, nicht aber auch eine dauerhafte Neuordnung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse. Zur Vermeidung von Missverständnissen wird daher klargestellt, dass § 1 des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse auch nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes weiter gilt.

Zu Artikel 24 (Neufassung des Gesetzes über das Apothekenwesen und der Apothekenbetriebsordnung)

Die Neubekanntmachung des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung ist aufgrund der in diesem Gesetz erfolgten Änderungen erforderlich.

Zu Artikel 25 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. Januar 2004 in Kraft tritt. Dies gilt nicht, soweit in den Absätzen 2 bis 5 ein abweichendes Inkrafttreten geregelt ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung über die Berechnung und Aufteilung der vom Arbeitgeber für geringfügig Beschäftigte zu zahlenden pauschalen Beiträge zur Krankenversicherung bei Versicherten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung muss rückwirkend zum 1. April 2003 in Kraft treten, da ab diesem Zeitpunkt diese Beiträge von der Bundesknappschaft eingezogen und an den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen weitergeleitet werden.

Zu Absatz 3

Das vorgezogene Inkrafttreten des Moratoriums für die Errichtung und Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen stellt sicher, dass bereits vom Tag der ersten Lesung an die Genehmigung der Errichtung und der Öffnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen nicht mehr möglich ist. Hierdurch sollen Vorzieheffekte vermieden werden, die das Ziel der Vorschrift gefährden würden. Der vorgezogene Zeitpunkt des Inkrafttretens hat keine verfassungsrechtlich problematische Rückwirkung zur Folge. Laufende Errichtungsverfahren sind nur dann betroffen, wenn das Abstimmungsverfahren bei den Beschäftigten noch nicht durchgeführt worden ist. Dadurch ist sichergestellt, dass die Regelung nicht für Errichtungsverfahren gilt, bei denen der Arbeitgeber oder die Innung bereits schützenswerte Dispositionen getroffen haben (vgl. Begründung zu Artikel 23 § 6 zum Errichtungs- und Öffnungsmoratorium für Betriebs- und Innungskrankenkassen).

Zu Absatz 4

Um der Selbstverwaltung eine angemessene Frist zur Bildung von Festzuschüssen beim Zahnersatz auf der Grundlage von Leistungskomplexen für zahnärztliche bzw. zahn-technische Leistungen einzuräumen, treten die Regelungen zur Einführung eines Festzuschussmodells beim Zahnersatz zum 1. Januar 2005 in Kraft.

Die Regelungen zur Neuorganisation der Vertragsärztlichen Selbstverwaltung sollen ebenfalls zum 1. Januar 2005 wirksam werden. Die Vertragsärzte erhalten durch das von Absatz 1 abweichende Inkrafttreten die Möglichkeit binnen Jahresfrist die mit der Neuorganisation neu zu bildenden hauptamtlichen Organe und Selbstverwaltungsorgane personell zu besetzen. Die dazu notwendigen Schritte können aufgrund der Regelungen in den Übergangsvorschriften erfolgen.

Die Regelungen über die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch Verträge zwischen den Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern nach § 106b SGB V treten am 1. Januar 2005 in Kraft. Dieses spätere Inkrafttreten ist sinnvoll, damit die Krankenkassen ausreichend Zeit haben, um die Grundlagen für die Erfüllung der Sicherstellungsverpflichtung zu schaffen. Insbesondere ist es erforderlich, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen die bei der Sicherstellung der Versorgung zu beachtenden Rahmenbedingungen nach § 106b Abs. 5 Satz 2 SGB V erarbeiten. Aus diesem Grund tritt der Teil des § 106b Abs. 5 SGB V, der die Verpflichtung der Spitzenverbände zur Erstellung der Rahmenbedingungen regelt, bereits zum 1. Januar 2004 in Kraft. Die übrigen Regelungen sind Fol-

geänderungen des späteren Inkrafttretens des § 106b SGB V.

Zu Absatz 5

Die Regelungen der §§ 108 ff. SGB V über die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung GKV-Versicherter werden – mit Ausnahme von § 109a SGB V, der neu eingefügt wird und wegen des erforderlichen Vorlaufs bereits zum 1. Januar 2004 in Kraft tritt – zum 1. Januar 2007 neu gefasst (siehe Begründung zu §§ 108, 109, 110 SGB V).

Die Regelung über die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen (§ 171a SGB V) tritt zum 1. Januar 2007 in Kraft. Von diesem Zeitpunkt an wird auch die direkte Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich wirksam werden (vgl. § 268 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dies wird zu einer weitgehenden Neuausrichtung des Kassenwettbewerbs führen. Krankenkassen können dann Wettbewerbsvorteile in erster Linie durch eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung ihrer Versicherten erlangen, nicht mehr aber dadurch, dass sie vor allem gesunde Versicherte an sich binden. Als wichtiger Bestandteil wird in diese neue Wettbewerbsordnung die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen eingefügt.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2007 ist die Sozialgerichtsbarkeit auch für Rechtsstreitigkeiten über Kündigungen von Versorgungsverträgen zuständig, die für Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken gelten (§ 110 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Dementsprechend tritt die Änderung des Sozialgerichtsgesetzes ebenfalls am 1. Januar 2007 in Kraft.

C. Finanzielle Auswirkungen**1. Gesetzliche Krankenversicherung**

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes werden Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung entscheidend verbessert und die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Insgesamt ergibt sich aus den vorgesehenen Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004 ein finanzielles Entlastungsvolumen in einer geschätzten Größenordnung von ca. 8,5 Mrd. Euro. Zusätzlich erhält die gesetzliche Krankenversicherung durch die finanzielle Beteiligung des Bundes an versicherungsfremden Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Medizinische Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes sowie für die Beitragsfreiheit bei Bezug von Erziehungs- und Mutterschaftsgeld und Inanspruchnahme von Elternzeit derzeit noch nicht quantifizierbare Mehreinnahmen aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer. Für die Jahre 2004, 2005 und 2006 werden zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von 1 Mrd. Euro, 1,5 Mrd. Euro bzw. 2 Mrd. Euro gezahlt. Als Obergrenze für die jährlichen Mehreinnahmen der GKV ab dem Jahr 2007 wird das für das Jahr 2006 nachträglich festgestellte Mehraufkommen aus den Erhöhungen der Tabaksteuer festgelegt.

Die Ablösung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes mit einem derzeitigen Finanzvolumen von ca. 7,1 Mrd. Euro durch eine versichertenbezogene Finan-

zierung entlastet die Arbeitgeber und damit die Lohnnebenkosten um weitere 3,5 Mrd. Euro und belastet die Arbeitnehmer entsprechend.

Durch die mit dem Einsparvolumen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes möglichen Beitragssatzsen-

kungen werden insbesondere die lohnintensiven Klein- und mittelständische Betriebe entlastet.

Im Einzelnen ergeben sich durch die Maßnahmen des Gesetzes für die gesetzliche Krankenversicherung folgende Entlastungseffekte:

Maßnahme	Entlastungsvolumen der GKV ab 2004
Mehreinnahmen aus der Anhebung der Tabaksteuer	derzeit nicht quantifizierbar (Abschlagszahlungen: 2004 1,0 Mrd. Euro 2005 1,5 Mrd. Euro 2006 2,0 Mrd. Euro)
Leistungsbegrenzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	ca. 1,0 Mrd. Euro
Veränderung von Zuzahlungen darunter:	ca. 1,9 Mrd. Euro
– Veränderte Spreizung der Arzneimittelzuzahlungen	0,6 Mrd. Euro
– Praxisgebühr bei direktem Facharztbesuch	0,6 Mrd. Euro
– Änderung der Härtefallregeln für Arzneimittel	0,5 Mrd. Euro
– Anhebung auf 12 Euro je Krankenhaustag (max. 14 Tage)	0,2 Mrd. Euro
Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen	ca. 0,5 Mrd. Euro
Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sterilisation, künstlicher Befruchtung, Entbindungsgeld	ca. 0,2 Mrd. Euro
Streichung des Sterbegeldes	ca. 0,4 Mrd. Euro
Höhere Beiträge von Rentnern auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen	ca. 1,6 Mrd. Euro
Steuerungs- und Struktureffekte	rd. 3 Mrd. Euro

Über die unmittelbar finanzwirksamen Maßnahmen des Gesetzes hinaus ergeben sich insbesondere aus der konsequenten Umsetzung struktureller Maßnahmen, die ab dem Jahr 2004 schrittweise wirksam werden, erhebliche Einsparpotentiale bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch das Zusammenwirken der in ihren einzelnen finanziellen Auswirkungen nur z. T. quantifizierbaren strukturellen Verbesserungen lassen sich in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt Einsparpotentiale in einer Größenordnung von bis zu ca. 8 Mrd. Euro schrittweise erschließen:

- Entwicklung von evidenzbasierten Behandlungsleitlinien für die wichtigsten Volkskrankheiten durch Gründung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“.
- Verbesserte Möglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für Selbsthilfegruppen durch Einrichtung von Gemeinschaftsfonds.
- Anreize zum gesundheitsbewussten Verhalten für Versicherte durch Neuregelung der Zuzahlungen und Anreize

für Teilnahme an Präventionsprogrammen, Hausarztmodellen und strukturierten Behandlungsprogrammen.

- Anreize für Arbeitgeber und Versicherte für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Flexibilisierung der Vertragsgestaltung in der ambulanten ärztlichen Versorgung.
- Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes.
- Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung und Errichtung von Gesundheitszentren.
- Schaffung effizienterer Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen.
- Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln.
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arzneimitteln.
- Liberalisierung der Preisgestaltung bei Arzneimitteln und Zulassung von Versandapotheken.

- Verbesserung der Transparenz durch Einführung einer Patientenquittung und schrittweise Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte.
- Verbesserte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung bei Heil- und Hilfsmitteln sowie im Bereich der Fahrkosten.
- Gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen.

Durch die Beseitigung von Schnittstellenproblemen und die Erleichterung des fach- und sektorübergreifenden Zusammenwirkens aller Beteiligten können aufwändige Doppeluntersuchungen und Doppelbehandlungen und daraus resultierende überflüssige Ausgaben vermieden werden. Für das Jahr 2004 wird dieses Einsparpotential grob geschätzt in einer Größenordnung von ca. 3 Mrd. Euro veranschlagt. Dies entspricht ca. 2 % des gegenwärtigen Ausgabenvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hinweise auf vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich aus wissenschaftlichen Untersuchungen, insbesondere den Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen sowie den Ausführungen des jährlich erscheinenden Arznei-Verordnungsreports ableiten:

Für den Bereich der GKV-Arzneimittelausgaben veranschlagt der Arznei-Verordnungs-Report 2002 für das Jahr 2001 ein Einsparpotential von rd. 4,2 Mrd. Euro, davon ca. 1,5 Mrd. Euro im Bereich generikafähiger Wirkstoffe, rd. 1,3 Mrd. Euro für Analogpräparate und rd. 1,2 Mrd. Euro im Bereich umstrittener Arzneimittel. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schätzt, dass in Deutschland „Arzneimittelmüll“ produziert wird, der Kosten einer großen Volkserkrankung entspricht.

Im Arzneimittelbereich können auf der Grundlage von Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) folgende Einsparungen erzielt werden:

Die Einbeziehung der patentgeschützten Analogpräparate in die Festbetragsregelung und die Festsetzung vorläufiger Festbeträge kann Einspareffekte von bis zu 25 % des Gesamtumsatzes bzw. bis zu 1 Mrd. Euro erbringen.

Die finanziellen Einsparungen durch die Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin über die finanzielle Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln sowie mögliche Indikationseinschränkungen sind abhängig von der Ausgestaltung der Empfehlungen. Im Rahmen der Überprüfung des therapiegerechten Einsatzes von innovativen hochpreisigen Arzneimitteln sind Einsparungen in Höhe von bis zu 15 % des Gesamtumsatzes bzw. bis zu 500 Mio. Euro zu erwarten.

Erhebliche Einsparpotentiale sieht der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auch im Bereich der Prävention. Der Rat weist in seinem 2001 vorgelegten Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ u. a. darauf hin, dass sich durch langfristige Prävention rd. 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland vermeiden lassen.

Laut einer im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin durchgeführten Studie werden durch körperliche Belastungen in der Arbeitswelt in Deutschland

1998 direkte Kosten in Höhe von 14,9 Mrd. Euro und durch psychische Belastungen von 11,1 Mrd. Euro verursacht. Vor diesem Hintergrund eröffnen die verbesserten Möglichkeiten des Gesetzes zur Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung Einsparpotentiale durch eine Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Ausgabenreduzierungen können durch die Stärkung der hausärztlichen Lotsenfunktion realisiert werden. So zeigen Erfahrungen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung, dass sich bei Gesamtbehandlungskosten von Patienten erhebliche Einsparungen erzielen lassen, wenn anstelle einer Primäranspruchnahme von Fachärzten Erstbehandlungen beim Hausarzt erfolgten und Fachärzte erst nach Überweisungen durch den Hausarzt konsultiert wurden.

Durch die Einführung einer qualitätsgesicherten, evidenzbasierten Medizin, insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung, sind nach Einschätzung von Experten erhebliche Einsparungen durch Vermeidung medizinisch nicht indizierter Arzneimittelverordnungen sowie diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erzielbar.

Durch die Öffnung der Krankenhäuser für weitere Formen der ambulanten Behandlungen ergeben sich Einsparmöglichkeiten durch Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte.

Erhebliches finanzielles Potential wird in der konsequenten Bekämpfung von Korruption in der GKV gesehen.

Für die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einschließlich der Anwendungen „elektronisches Rezept“ und „Arzneimitteldokumentation“ ist mit einem Anfangsinvestitionsvolumen von ca. 700 Mio. Euro zu rechnen. Nach Gutachten ist davon auszugehen, dass sich die Anfangsinvestitionen zwischen dem 1. und 2. Jahr refinanziert haben. Danach sind jährliche Einsparungen von ca. 1 Mrd. Euro zu erwarten.

Einsparungen ergeben sich insbesondere durch: die Erleichterung der administrativen Abwicklung der Abrechnungen von Rezepten, die beabsichtigte Reduzierung ungerechtfertigter Zuzahlungsbefreiungen, die angestrebte Verminderung behandlungsbedürftiger Wechsel- und Nebenwirkungen bei Arzneimitteln sowie die Verringerung des Kartenmissbrauchs. Hinzu kommen Kostenreduzierungen durch die Verringerung von Doppelbehandlungen und die schnellere Verfügbarkeit von Notfall- und sonstigen Behandlungsdaten, die derzeit noch nicht bezifferbar sind.

Durch die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz in der GKV durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist mit jährlichen Mehrausgaben von rd. 1 Mio. Euro zu rechnen. Die Verbesserung der Datengrundlagen über die Versorgung in der GKV wird langfristig zu einem effektiveren und effizienteren Einsatz von Mitteln und Leistungen und damit zu Einsparungen in der GKV führen.

Mehrausgaben entstehen der GKV, wenn sich Versicherte in die vereinbarten Versorgungsformen einschreiben, die derzeit keine Zuzahlungsreduzierungen erhalten. Für jeweils rd. 1 Million dieser Versicherten, die an entsprechenden Programmen teilnehmen und anstelle der ansonsten zu leistenden Zuzahlungen für Arzneimittel die Hälfte dieser Zu-

zahlungen entrichten, entstehen den Krankenkassen geschätzte Mehrausgaben von ca. 40 Mio. Euro.

Geringfügige Mehrausgaben der Krankenkassen für die Krankenpflege wohnungsloser Menschen stehen Einsparungen durch Vermeidung von Krankenhausbehandlungen für diese Personen gegenüber.

Durch die verbindliche Übertragung der personellen Verwaltungskosten von Arbeitgebern auf Betriebskrankenkassen entstehen Mehrausgaben bei den betroffenen Krankenkassen in einer geschätzten Größenordnung von ca. 0,2 Mrd. Euro.

2. Finanzielle Auswirkungen auf andere Sozialversicherungsträger

Für die Rentenversicherung ergeben sich ab dem Jahr 2004 – durch die aus den Maßnahmen dieses Gesetzes resultierenden Beitragssatzsenkungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Minderausgaben im Bereich der Krankenversicherung der Rentner. Im Bereich der Bundesanstalt für Arbeit ergeben sich ab dem Jahr 2004 ebenfalls Minderausgaben durch geringere Krankenversicherungsbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld.

3. Finanzielle Auswirkungen für Bund, Länder und Gemeinden

Für den Bund entstehen durch die finanzielle Beteiligung an versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen ab dem Jahr 2004 derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben in Höhe der aus den in den Jahren 2004 bis 2005 erfolgenden Erhöhungen der Tabaksteuer resultierenden Mehreinnahmen. Für die Jahre 2004, 2005 und 2006 werden zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von 1 Mrd. Euro, 1,5 Mrd. Euro bzw. 2 Mrd. Euro gezahlt. Als Obergrenze für die jährlichen Zahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2007 wird das für das Jahr 2006 nachträglich festgestellte Mehraufkommen aus den Erhöhungen der Tabaksteuer festgelegt.

Durch das Gesetz kann beim Bund jetzt noch nicht bezifferbarer Verwaltungsmehraufwand entstehen, der jedoch im Vergleich zu den im Gesundheitswesen erzielbaren Einsparungen äußerst gering sein wird. Über die Einzelheiten wird im Haushaltsverfahren entschieden.

Die mit diesem Gesetz erzielbaren Einsparungen und die damit verbundene Senkung des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung entlasten den Bund bei den Krankenversicherungsbeiträgen für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe ab 2004. Die Reduzierung der von der Bundesanstalt für Arbeit zu leistenden Sozialversicherungsbeiträge entlasten den Bund zusätzlich, wenn ein Bundeszuschuss an die Bundesanstalt für Arbeit gezahlt wird.

Aufgrund der stufenweisen Erhöhung der Erstattung der Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung für Rentner durch die knappschaftliche Krankenversicherung wird der Bundeshaushalt im Jahr 2004 voraussichtlich um 14 Mio. Euro entlastet. Es wird damit gerechnet, dass dieser Betrag innerhalb von zehn Jahren auf 140 Mio. Euro ansteigt.

4. Finanzielle Auswirkungen für den Bund in der Krankenversicherung der Landwirte

Die Maßnahmen des Gesetzes wirken sich in der Krankenversicherung der Landwirte grundsätzlich in gleicher Weise aus wie in der übrigen gesetzlichen Krankenversicherung. Der Bund trägt nach § 37 Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Alten-teiler. Die Maßnahmen dieses Gesetzes führen zu einem Minderbedarf an Bundesmitteln.

5. Finanzielle Auswirkungen für Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden entstehen durch dieses Gesetz keine Mehrausgaben.

D. Preiswirkungsklausel

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der Krankenkassen und senkt das Beitragssatzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ist auch eine stabilisierende Wirkung auf das Preisniveau zu erwarten. Durch die Regelungen in der Arzneimittelversorgung wird das Preisniveau in diesem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gedämpft. Weitere Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

