

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

Vom 14. November 2003

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

Inhaltsübersicht

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 4 Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 5 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 6 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 8 Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 9 Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 10 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 11 Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 12 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes
- Artikel 13 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 14 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
- Artikel 15 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
- Artikel 16 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
- Artikel 17 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
- Artikel 18 Änderung der Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Bundesausschüsse und Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen
- Artikel 19 Änderung der Schiedsamtverordnung
- Artikel 20 Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen
- Artikel 21 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
- Artikel 22 Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens
- Artikel 23 Änderung des Arzneimittelgesetzes
- Artikel 24 Änderung der Arzneimittelpreisverordnung
- Artikel 25 Aufhebung der Verordnung über die Zuzahlung bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
- Artikel 26 Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler
- Artikel 27 Änderung der Sonderurlaubsverordnung
- Artikel 28 Änderung des Bundessozialhilfegesetzes
- Artikel 29 Änderung der Regelsatzverordnung
- Artikel 30 Änderung der Strafprozessordnung
- Artikel 31 Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes
- Artikel 32 Änderung des Mutterschutzgesetzes
- Artikel 33 Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

Artikel 34 Rückkehr zum einheitlichen Ordnungsrang

Artikel 35 Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen

Artikel 36 Neufassung des Gesetzes über das Apothekenwesen und der Apothekenbetriebsordnung

Artikel 37 Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2003 (BGBl. I S. 1526), wird wie folgt geändert:

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

„§ 2a

Leistungen an behinderte
und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

2. Dem § 4 Abs. 4 werden folgende Sätze angefügt:

„In den Jahren 2004 bis 2007 dürfen die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr die sich bei Anwendung der für das gesamte Bundesgebiet geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ergebenden Ausgaben nicht überschreiten. Gliedern Krankenkassen Aufgaben aus, deren Kosten bei Durchführung durch die Krankenkassen den Verwaltungsausgaben zuzurechnen wären, sind auch diese Kosten Verwaltungsausgaben nach Satz 4. Liegen in den Jahren 2003, 2004, 2005 oder 2006 die Verwaltungsausgaben je Versicherten einer Krankenkasse um mehr als jeweils 10 vom Hundert über den entsprechenden durchschnittlichen Verwaltungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen, so ist eine Erhöhung der Verwaltungsausgaben je Versicherten im Folgejahr ausgeschlossen. Verliert eine Krankenkasse in dem Zeitraum nach Satz 4 während eines Kalenderjahres jeweils mehr als 1 vom Hundert ihres jahresdurchschnittlichen Versichertenbestandes im Vergleich zum Vorjahr, so kann sie die durch diesen Versichertenverlust erforderliche, 1 vom Hundert übersteigende Anpassung ihrer Verwaltungsausgaben nach Satz 4 im Folgejahr vornehmen. Die Sätze 4 bis 7 gelten nicht, soweit Erhöhungen der Verwaltungsausgaben auf der Übertragung von Personalkosten des Arbeitgebers auf die Kranken-

kasse beruhen. In dem nach Satz 4 genannten Zeitraum dürfen die jährlichen Ausgaben der Verbände der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr die sich bei Anwendung der für das gesamte Bundesgebiet geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ergebenden Ausgaben nicht überschreiten.“

3. § 11 Abs. 1 Satz 2 wird aufgehoben.

4. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.“

bb) Im bisherigen Satz 6 werden die Wörter „und eine bestimmte Mindestzeit festzulegen, für deren Dauer die Versicherten an die Wahl der Kostenerstattung gebunden sind“ durch die Wörter „sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.“

b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

„(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. 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 Gemeinschaft 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 Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.“

5. § 15 wird wie folgt geändert:

a) 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.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) In den Berechtigungsscheinen sind die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.“

6. § 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 Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.

b) In Absatz 3 wird das Wort „Auslandsaufenthalts“ durch die Wörter „Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ ersetzt.

7. § 19 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

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

8. In § 22 Abs. 5 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
9. In § 23 Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 40 Abs. 5“ durch die Angabe „§ 61 Satz 2“ ersetzt.
10. In § 24 Abs. 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 39 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 61 Satz 2“ ersetzt.
11. § 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.
12. § 25 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
- „(5) In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfs fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.“
13. § 27 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 2 werden die Wörter „einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz“ gestrichen.
- b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
- „2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen.“
14. § 27a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nr. 2 werden die Wörter „in der Regel“ gestrichen und die Angabe „viermal“ durch die Angabe „drei Mal“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.“
- c) In Absatz 4 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
15. § 28 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden.“ eingefügt.
- bb) In Satz 9 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
- „(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die

- Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.“
16. In § 29 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
17. § 30 wird aufgehoben.
18. § 31 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 34“ die Wörter „oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
- cc) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:
- „Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.“
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „für kleine Packungsgrößen 4 Euro je Packung, für mittlere Packungsgrößen 4,50 Euro je Packung und für große Packungsgrößen 5 Euro je Packung“ durch die Wörter „den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Satz 1 gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.“
- cc) Satz 4 wird aufgehoben.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach dem Wort „Nähere“ werden die Wörter „zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen“ eingefügt.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.“
19. § 32 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „eine Zuzahlung von 15 vom Hundert“ durch die Wörter „als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag“ ersetzt.
20. § 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 den Sätzen 1 und 2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:
- „Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 Satz 1. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer.“
- bb) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:
- „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten

Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

d) In Absatz 4 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

21. § 33a wird aufgehoben.

22. § 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. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien kann der Vertragsarzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach den Kriterien des Satzes 2 verordnen. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.“

bb) Im bisherigen Satz 1 wird nach dem Wort „folgende“ das Wort „verschreibungspflichtige“ eingefügt.

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körper-

gewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.“

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.“

23. § 35 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 und 5 werden jeweils die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 eine Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 mit mindestens drei Arzneimitteln gebildet und ein Festbetrag festgesetzt werden, sofern die Gruppenbildung nur für Arzneimittel erfolgt, die jeweils unter Patentschutz stehen. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten.“

c) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

d) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten Preis und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen. Bei der Berechnung nach Satz 4 sind hochpreisige Packungen mit einem Anteil von weniger als 1 vom Hundert an den verordneten Packungen in der Festbetragsgruppe nicht zu berücksichtigen. Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungsstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde zu legen.“

e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 36 Abs. 3“ die Wörter „und zur Vorbereitung der Festsetzung von Festbeträgen, die ab dem 1. Januar 2004 gelten sollen,“ eingefügt.

bb) Es werden folgende Sätze angefügt:

„Die nach Absatz 7 und § 35a Abs. 5 bekannt gemachten Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind entsprechend den geänderten Handelszuschlägen der Arzneimittelpreisverordnung, zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I

S. 2190), umzurechnen; die umgerechneten Festbeträge finden ab dem 1. Januar 2004 Anwendung. Für die Umrechnung sind keine Stellungnahmen von Sachverständigen einzuholen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen machen die Umrechnung der Festbeträge bis zum 1. Dezember 2003 bekannt; § 35a Abs. 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die umgerechneten Festbeträge nach Satz 2 sowie die auf Grund der §§ 35 und 35a bekannt gemachten Festbeträge für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der zuletzt gültigen Fassung bleiben so lange gültig, bis sie neu bestimmt, angepasst oder aufgehoben werden.“

24. § 35a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

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

„§ 35b

Bewertung des
Nutzens von Arzneimitteln

(1) Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewertet bei Beauftragung nach § 139b Abs. 1 und 2 den Nutzen von Arzneimitteln. Nutzenbewertungen nach Satz 1 können für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, die von Bedeutung sind, erstellt werden. Das Institut bestimmt einheitliche Methoden für die Erarbeitung der Bewertungen und veröffentlicht diese abrufbar im Internet.

(2) Die Nutzenbewertungen nach Absatz 1 werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlung zur Beschlussfassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zugeleitet. Sie sind in geeigneten Abständen zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen. Bei Vorliegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist die Nutzenbewertung auf Antrag der Hersteller zu überprüfen.

(3) Für die Abgabe von Bewertungen 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 2 Satz 1 gilt entsprechend. Eine entsprechende Bewertung soll nur mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmens erstellt werden.

(4) Gesonderte Klagen gegen Bewertungen nach den Absätzen 1 und 3 sind unzulässig.“

26. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz werden die Wörter „und den Verbänden der behinderten Menschen“ gestrichen und nach dem Wort „ist“ die Wörter „innerhalb einer angemessenen Frist“ eingefügt.
- 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 gilt entsprechend.“

27. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt:
„der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“
 - bb) Folgender Satz wird 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.“
- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.“

28. § 37a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
„(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich

nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.“

29. Dem § 38 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.“

30. § 39 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „14 Tage 9 Euro“ durch die Angabe „28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag“ ersetzt.

b) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 5 Satz 2“ durch die Angabe „Abs. 6 Satz 1“ ersetzt.

31. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „9 Euro“ durch die Angabe „den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens 14 Tage“ durch die Angabe „nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage“ ersetzt.

32. In § 41 Abs. 3 wird die Angabe „§ 39 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 61 Satz 2“ ersetzt.

33. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erbringen oder fördern, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.“

34. § 43b wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kas-

senärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83. Das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.“

35. Im Dritten Kapitel wird der Sechste Abschnitt wie folgt gefasst:

„Sechster Abschnitt
Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung

§ 53

Selbstbehalt

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen (§ 13), jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 sind für diese Mitglieder entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe des Selbstbehaltes und der damit verbundenen Beitragsermäßigung, die nicht als Anwendung eines ermäßigten Beitragssatzes auf das Arbeitsentgelt durchgeführt werden darf, sondern durch die Krankenkasse direkt mit dem Mitglied abzurechnen ist.

§ 54

Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für freiwillige Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Satzung regelt die Höhe des Rückzahlungsbetrages, bei Arbeitnehmern einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile. Der Rückzahlungsbeitrag darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.“

36. Im Dritten Kapitel wird der Siebte Abschnitt wie folgt gefasst:

„Siebter Abschnitt
Zahnersatz

§ 55

Leistungsanspruch

(1) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) für die Fälle vorzusehen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 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 nach Satz 2 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 Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 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.

(2) Die Satzung hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 entstandenen Kosten, vorzusehen, wenn Versicherte ansonsten unzumutbar belastet würden. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 einen weiteren Betrag vorzusehen. Sie erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmengrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Satzungen haben eine Erstattung der bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 für die Fälle vorzusehen, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 56

Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem

Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

(3) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung über die Regelversorgung hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen einzubeziehen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres die Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen einschließlich der nach Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 in den Abstaffelungen nach § 55 Abs. 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Abs. 2 im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(5) § 94 Abs. 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Beanstandungsfrist einen Monat beträgt. Erlässt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinie nach § 94 Abs. 1 Satz 3, gilt § 87 Abs. 6 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 3 entsprechend.

§ 57

Beziehungen zu Zahnärzten und Zahn Technikern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenzahn-

ärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. § 89 Abs. 4 gilt mit der Maßgabe, dass auch § 89 Abs. 1 und 1a entsprechend gilt. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 betragen für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 zwei Monate.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahn techniker-Innungen jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2; sie dürfen dabei die nach den Sätzen 2 bis 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um bis zu 5 vom Hundert unter- oder überschreiten. Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Zahn techniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des Jahres 2004 für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Sind Preise für das Jahr 2004 nicht vereinbart, werden die Preise des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 werden die durchschnittlichen Preise nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durch-

schnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 2 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Abs. 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 jeweils einen Monat betragen.

§ 58

Beitrag für Zahnersatz

(1) Für Mitglieder, die Anspruch auf Leistungen nach den §§ 55 und 56 haben, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung einen Beitrag vorzusehen, der von den Mitgliedern allein zu tragen ist.

(2) Sofern Mitglieder der Krankenkasse eine Bescheinigung eines privaten Krankenversicherungsunternehmens darüber vorlegen, dass sie von diesem für sich und für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art und dem Umfang nach denen des § 55 Abs. 1 und des § 56 vergleichbar sind, entfällt für das Mitglied und die nach § 10 versicherten Angehörigen dauerhaft der Leistungsanspruch nach den §§ 55 und 56 sowie der Beitrag nach Absatz 1.

(3) Die Höhe des Beitrags nach Absatz 1 wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich jeweils bis zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr, erstmals zum 1. Oktober 2004, festgelegt. Die Höhe des Beitrags ist so festzulegen, dass die Ausgaben aller Krankenkassen für Leistungen nach den §§ 55 und 56 sowie die hierauf entfallenden Verwaltungskosten gedeckt werden. Der nach den Sätzen 1 und 2 festgelegte Beitrag gilt bundeseinheitlich für alle Mitglieder der Krankenkassen. Der Beschluss nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen.

(4) Die Beitragseinnahmen nach den Absätzen 1 und 3 und die Leistungsausgaben nach den §§ 55 und 56 sowie die hierauf entfallenden Verwaltungskosten haben die Krankenkassen in ihrem Haushalt getrennt auszuweisen.

§ 59

Finanzausgleich für härtefallbedingte Mehraufwendungen der Krankenkassen

(1) Zwischen den Krankenkassen wird ein Finanzausgleich für die unterschiedlichen Belas-

tungen durchgeführt, die durch die Übernahme der Beträge nach § 55 Abs. 2 und 3 entstehen. Das Bundesversicherungsamt führt den Ausgleich nach Satz 1 durch.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Ermittlung und Abgrenzung der in Absatz 1 genannten Aufwendungen (ausgleichsfähige Leistungsausgaben),
2. die gemeinsame Finanzierung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Nummer 1,
3. das Berechnungsverfahren, das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
4. die von den Krankenkassen mitzuteilenden Angaben,
5. die Fälligkeit der Beträge und die Erhebung von Säumniszuschlägen,
6. den Ausgleich von Überschüssen oder Fehlbeiträgen, die nach Durchführung des Ausgleichs nach Absatz 1 in Bezug auf die nach § 58 Abs. 4 getrennt ausgewiesenen Beträge verbleiben.

In der Rechtsverordnung sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass der Ausgleich nach Absatz 1 nicht zu einer Zunahme der Leistungsausgaben für Zahnersatz führt. Hierfür kann insbesondere ein Eigenanteil der Krankenkasse oder die Berücksichtigung durchschnittlicher anstelle der tatsächlichen Leistungsausgaben vorgesehen werden.“

37. § 60 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Leistung der Krankenkasse“ die Wörter „aus zwingenden medizinischen Gründen“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „13 Euro“ durch die Angabe „sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages“ ersetzt.

bb) 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.“

cc) Satz 2 wird aufgehoben.

dd) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „von 13 Euro“ durch die Angabe „in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages“ ersetzt.

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

„Neunter Abschnitt
Zuzahlungen, Belastungsgrenze“.

39. § 61 wird wie folgt gefasst:

„§ 61

Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“

40. § 62 wird wie folgt gefasst:

„§ 62

Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und

des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes oder Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 22 des Bundessozialhilfegesetzes (Regelsatzverordnung) maßgeblich.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

(4) Bei der Versorgung mit Zahnersatz finden § 61 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 bis 5 und § 62 Abs. 2a in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2004 weiter Anwendung.“

41. In § 63 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „die Bundesausschüsse“ durch die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss“ und das Wort „haben“ durch das Wort „hat“ ersetzt sowie die Wörter „der Ausschuss nach § 137c Abs. 2“ gestrichen.

42. § 64 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Vergütungen nach § 85 oder § 85a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Vergütungen, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leis-

tungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der am Modellversuch teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen.“

- b) In Satz 2 wird das Wort „Gesamtvergütungen“ durch das Wort „Vergütungen“ ersetzt.

43. § 65a wird wie folgt gefasst:

„§ 65a
 Bonus für
 gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben.

(2) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a teilnehmen, kann sie in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen, die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen. Sie kann in ihrer Satzung die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 für diese Versicherten ermäßigen; § 53 Satz 3 gilt entsprechend.

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

(4) Die Aufwendungen für Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden. Beitragserhöhungen allein deshalb, weil die Krankenkasse in ihrer Satzung Bonusregelungen vorsieht, sind nicht zulässig.“

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

„§ 67
 Elektronische Kommunikation

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern so bald und so umfassend wie möglich durch die elektronische und maschinell verwertbare

Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichten, die sich auch für eine einrichtungsübergreifende fallbezogene Zusammenarbeit eignet, ersetzt werden.

(2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen den Übergang zur elektronischen Kommunikation nach Absatz 1 finanziell unterstützen.

§ 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.“

45. In § 69 Satz 1 werden die Wörter „der Bundes- und Landesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse“ ersetzt.

46. In § 71 Abs. 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 57 Abs. 1 und 2, § 83“ ersetzt.

47. § 72 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren 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 medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“

- b) In Absatz 2 werden die Wörter „der Bundesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

48. § 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 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz;“ durch das Wort „und“ ersetzt.

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

„2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht.“

- c) In Absatz 5 Satz 2 werden nach den Wörtern „auf dem Ordnungsblatt“ die Wörter „oder in dem elektronischen Ordnungsdatensatz“ eingefügt.
- d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „der Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2“ durch die Wörter „der Hinweise nach § 92 Abs. 2 Satz 3“ ersetzt.
- bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„In den Informationen und Hinweisen sind Handelsbezeichnung, Indikationen und Preise sowie weitere für die Verordnung von Arzneimitteln bedeutsame Angaben insbesondere auf Grund 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.“

49. Nach § 73a wird folgender § 73b eingefügt:

„§ 73b

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 2 gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung). Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

(2) Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit

1. zugelassenen Hausärzten, die die Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 erfüllen, und Gemeinschaften dieser Hausärzte sowie
2. zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 gewährleisten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.

(3) In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die die Anforderungen nach § 73 Abs. 1b und 1c übersteigenden besonderen sächlichen und personellen Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung zu vereinbaren. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie diese hausarztzentrierte Versorgung zu vergüten ist, sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist. Bundesmantelvertragliche Regelungen sind möglich.

(4) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.“

50. Nach § 73b wird folgender § 73c eingefügt:

„§ 73c

Förderung der Qualität
in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) In den Gesamtverträgen sollen Versorgungsaufträge vereinbart werden, deren Durchführung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie die Erfüllung dieser besonderen Versorgungsaufträge zu vergüten ist sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist. Bundesmantelvertragliche Regelungen sind möglich.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist zu regeln, ob Vertragsärzte, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie die vereinbarten Anforderungen erfüllen, einen Anspruch auf Durchführung der Versorgungsaufträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung haben. Wird keine Vereinbarung nach Satz 1 geschlossen, können Krankenkassen mit Vertragsärzten Verträge zur Durchführung der nach Absatz 1 gesamtvertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge schließen. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.“

51. Dem § 75 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.“

52. § 76 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „zugelassenen Ärzten“, die Wörter „den medizinischen Versorgungszentren“, eingefügt und die Wörter „ermächtigten ärztlich geleiteten

- Einrichtungen“ durch die Wörter „den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „oder medizinische Versorgungszentren“ eingefügt.
53. § 77 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:
- „Soweit in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10 000 Mitgliedern bestehen, werden diese zusammengelegt. Sind in einem Land mehrere Kassenzahnärztliche Vereinigungen mit weniger als 5000 Mitgliedern vorhanden, werden diese ebenfalls zusammengelegt.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Die zu vereinigenden Kassenärztlichen Vereinigungen führen die erforderlichen Organisationsänderungen im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder durch. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können längstens bis zum 31. Dezember 2006 für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 1 bis 3e vereinbaren und unterschiedliche Verteilungsmaßstäbe gemäß § 85 Abs. 4 anwenden.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.“
- d) Absatz 6 wird aufgehoben.
54. In § 78 Abs. 3 Satz 3 werden nach der Angabe „§§ 80 und 85 des Vierten Buches“ ein Komma und die Wörter „für die Verwendung der Mittel der Kassenärztlichen Vereinigungen § 305b“ eingefügt.
55. Dem § 79 wird folgender Absatz 5 angefügt:
- „(5) Die Höhe der jährlichen Entschädigungszahlungen an die einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht zum 1. März 2004 im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung mitzuteilen.“
56. § 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.
57. In § 79b Satz 2 wird das Wort „ordentlichen“ gestrichen.
58. § 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 Wahlen erfolgen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Die Psychotherapeuten wählen ihre Mitglieder der Vertreterversammlung entsprechend den Sätzen 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten sind. Das Nähere zur Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung, einschließlich des Anteils der übrigen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, bestimmt die Satzung.“
- b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:
- „(1a) Der Vorsitzende und jeweils ein Stellvertreter des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die weiteren Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigt werden.“
- 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.
59. In § 81 Abs. 1 Satz 3 wird nach Nummer 8 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 9 angefügt:

„9. die vertragsärztlichen Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrags.“

60. Nach § 81 wird folgender § 81a eingefügt:

„§ 81a

Stellen zur Bekämpfung
von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in den Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Krankenkassen und ihren Verbänden zusammenzuarbeiten.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand hat der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren, erstmals bis zum 31. Dezember 2005, über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten.“

61. In § 82 Abs. 3 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.

62. § 83 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

63. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nr. 4 wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.
- b) In Absatz 4 werden das Wort „können“ durch das Wort „entrichten“ ersetzt, vor dem Wort „Bonus“ das Wort „vereinbaren“ eingefügt und das Wort „entrichten“ gestrichen.
- c) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze 4a und 4b eingefügt:

„(4a) In der Vereinbarung nach Absatz 1 kann ein Betrag als Vomhundertsatz der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen bestimmt werden, 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 nicht überschritten wird. Dabei ist sicherzustellen, dass die einzelnen Arztgruppen entsprechend ihrem Anteil am Ordnungsvolumen an der Aufbringung des Betrages nach Satz 1 beteiligt werden. Das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 zu regeln.

(4b) Die Vorstände der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen.“

64. § 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) In Satz 8 wird das Wort „und“ durch die Wörter „mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 4 und Ausgaben“ ersetzt.
- c) In Absatz 2a werden die Wörter „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.
- d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung“ durch die Wörter „Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs“ ersetzt.
- e) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 2 ist eine Überschreitung der Veränderungsdaten nach § 71 Abs. 3 zulässig, wenn Mehrausgaben auf Grund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 entstehen; dabei ist zu prüfen, inwieweit die Mehrausgaben durch Minderausgaben auf Grund eines Wegfalls von Leistungen, die auf Grund einer Prüfung nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden können.“
- f) In Absatz 3c Satz 2 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 83 Satz 1“ ersetzt.

- g) Nach Absatz 3c werden folgende Absätze 3d und 3e eingefügt:

„(3d) Zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet werden die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Absatz 3 schrittweise um insgesamt 3,8 vom Hundert erhöht. § 313a Abs. 3 gilt insofern nicht. Die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im übrigen Bundesgebiet werden in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um insgesamt 0,6 vom Hundert abgesenkt. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 1 erhöhte Vergütungssumme des Jahres 2004 zu beziehen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im übrigen Bundesgebiet sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 3 abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 2004 zu beziehen. Die Regelungen nach den Sätzen 4 und 5 gelten für das Jahr 2006 entsprechend. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für das Land Berlin.

(3e) Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung nach Absatz 3 im Jahr 2004 sind auf das nach Satz 2 bereinigte Vergütungsvolumen des Jahres 2003 zu beziehen. Die Bereinigung umfasst den Anteil der Gesamtvergütungen, der auf Leistungen entfällt, auf die die Versicherten auf Grund der in den §§ 24b und 27a getroffenen Regelungen ab 1. Januar 2004 keinen Anspruch mehr haben.“

- h) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt.“

- 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 bis 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 mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte 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.“

- i) 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 29. Februar 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 bestimmenden 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.“

- j) In Absatz 4b wird nach Satz 1 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280 000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360 000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440 000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert.“ eingefügt.

65. Nach § 85 werden folgende §§ 85a bis 85d eingefügt:

„§ 85a

Arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina

- (1) Abweichend von § 85 Abs. 1, 2 und 3 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab

dem 1. Januar 2007 die in den Absätzen 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages nach § 83 vereinbaren mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlenden Vergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie

1. den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf,
2. die Aufteilung der Leistungsmenge nach Nummer 1 auf die jeweiligen Arztgruppen (arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina) sowie
3. den für die Vergütung der im Rahmen des jeweiligen Regelleistungsvolumens erbrachten Leistungen anzuwendenden Punktwert.

Die Zahl der Versicherten nach Satz 2 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl der auf den zu Grunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln. Für die Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 2 Nr. 2 gilt § 85b Abs. 4 Satz 5. Der Behandlungsbedarf der Versicherten nach Satz 2 Nr. 1 und das Regelleistungsvolumen einer Arztgruppe nach Satz 2 Nr. 2 sind als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87 Abs. 1) zu vereinbaren. Die vom Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1) nach Absatz 5 getroffenen Regelungen sind zu beachten.

(3) Die im Rahmen des arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumens erbrachten Leistungen sind mit dem nach Absatz 2 Satz 2 vereinbarten Punktwert zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungsmengen, die sich aus einem bei der Vereinbarung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind nach Maßgabe der Kriterien nach Satz 3 mit einem Punktwert in Höhe von 10 vom Hundert des nach Absatz 2 Satz 2 vereinbarten Punktwertes zu vergüten. Die Vertragsparteien vereinbaren Kriterien zur Bestimmung der nach Satz 2 zu vergütenden Leistungen. Bei der Vereinbarung nach Absatz 2 sind die Vereinbarungen nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 4 sind auf die nach Absatz 2 Satz 1 zu zahlenden Vergütungen anzurechnen.

(4) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren jährlich unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 Satz 1) die Veränderungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina sowie des Punktwertes nach Absatz 2 Satz 2. Sie haben dabei Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetz-

lichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen beruhen,

zu berücksichtigen; der nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1.

(5) Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1) beschließt, erstmalig bis zum 30. Juni 2005, ein Verfahren

1. zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur und des damit verbundenen Behandlungsbedarfs nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1,
2. zur Aufteilung dieses Behandlungsbedarfs auf die Arztgruppen nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 sowie
3. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 2 Nr. 1.

Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 1 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem international anerkannten, zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2. Der Bewertungsausschuss bestimmt Relativgewichte für die einzelnen Risikoklassen; diese geben die Abweichung des standardisierten Behandlungsbedarfs je Versicherten in einer Risikoklasse vom durchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten der Grundgesamtheit wieder. Die Relativgewichte können nach Versorgungsregionen differenziert werden. Der Bewertungsausschuss hat, soweit erforderlich, für die in diesem Absatz genannten Aufgaben Datenerhebungen und -auswertungen durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigen-gutachten einzuholen; die damit verbundenen Kosten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen. Über die nach Satz 5 durchzuführenden Maßnahmen hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2004 zu beschließen; bei der Durchführung der Maßnahmen ist darauf hinzuwirken, dass die zu gewinnenden Erkenntnisse bis zum 31. März 2005 vorliegen.

(6) Von Absatz 2 abweichende Vergütungsvereinbarungen können getroffen werden für ambulante Operationen und stationärer ersetzende Leistungen (§ 115b), die Versorgung in medizinischen Versorgungszentren (§ 95), strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137g), Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit (§ 85 Abs. 2a) sowie Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (§§ 23 und 25). Der Bewertungsausschuss bestimmt die Kriterien zur Bereinigung der Relativgewichte nach Absatz 5 Satz 3 für abweichende Vergütungsvereinbarungen nach Satz 1.

§ 85b

Arztbezogene Regelleistungsvolumina

(1) Abweichend von § 85 Abs. 4 und 4a werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Janu-

ar 2007 von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87 Abs. 1) vergütet; die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an die Vertragsärzte und ermächtigten Ärzte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt; § 87 Abs. 2a Satz 7 gilt entsprechend. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse zur Verteilung der Vergütungen nach § 85a im Übrigen, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben, bleiben unberührt. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen nach Absatz 1 ist die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Leistungsmenge, die mit einem festen Punktwert (Regelpunktwert) zu vergüten ist. Eine das arztbezogene Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge ist mit einem Punktwert in Höhe von 10 vom Hundert des Regelpunktwertes zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 4 Satz 1 vereinbaren das Nähere zum Inhalt und zum Verfahren der in Satz 2 getroffenen Regelungen.

(3) Die Werte für die arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind differenziert nach Arztgruppen festzulegen. Bei der Bestimmung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens und des Regelpunktwertes nach Absatz 2 sind

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 85a Abs. 2 für die jeweilige Arztgruppe insgesamt vereinbarten arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina,
2. die nach § 85a Abs. 2 jeweils anzuwendenden Punktwerte,
3. die Zahl der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte,
4. die Zahl und die Morbiditätsstruktur der von dem Vertragsarzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten,
5. die für die Krankenkasse, der die Versicherten nach Nummer 4 angehören, nach § 85a Abs. 2 vereinbarten arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina und Punktwerte,
6. der voraussichtliche Umfang der nach Absatz 2 Satz 2 abgestaffelt zu vergütenden Leistungsmengen,
7. die auf der Grundlage von Zeitwerten für die ärztlichen Leistungen nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zu bestimmende Kapazitätsgrenze je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes

zu berücksichtigen. Die Summe der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina nach Satz 2 Nr. 1 ist um die zu erwartenden Leistungsmengen zu verringern, die von Ärzten, die nicht Mitglieder

der Kassenärztlichen Vereinigung sind, für Versicherte mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden, sowie um die zu erwartenden Leistungsmengen zu erhöhen, die von Ärzten, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind, für Versicherte mit Wohnort im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden. Die Besonderheiten bei Zusammenschlüssen von Ärzten zur gemeinsamen Berufsausübung sind zu berücksichtigen. Die Kassenärztliche Vereinigung darf zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten Rückstellungen bilden.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt die Regelleistungsvolumina nach Absatz 3 auf der Grundlage einer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam zu schließenden Vereinbarung zur Umsetzung der in Absatz 3 getroffenen Regelungen. Die vom Bewertungsausschuss nach Satz 3 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1) bestimmt, erstmalig bis zum 30. Juni 2005,

1. den der Bemessung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 Satz 1 zu Grunde zu legenden Zeitraum,
2. die Definition der Arztgruppen nach Absatz 3 Satz 1,
3. das Verfahren zur Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 3 Satz 2,
4. Kriterien zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 4,
5. die Höhe der Kapazitätsgrenzen nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 7,
6. das Verfahren zur Bemessung der nach Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigenden Leistungsmengen.

§ 85 Abs. 4a Satz 4 und 5 gilt. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Absatz 3 Satz 1 ist die nach § 87 Abs. 2a zu Grunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des Zeitraums nach Absatz 2 Satz 1 ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist.

§ 85c

Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006

(1) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages nach § 83 vereinbaren erstmals für das Jahr 2006 arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina und Punktwerte nach § 85a Abs. 2 mit der Maßgabe, dass jeweils als Obergrenze für das Vergütungsvolumen der Krankenkassen eine Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs. 1 Satz 1 vereinbart wird; § 85a Abs. 3 Satz 2 gilt nicht, § 71 gilt.

(2) Für Krankenkassen, die im Jahr 2006 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbaren, ergibt sich

der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren:

1. des Betrages, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2005 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt,
2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragschließenden Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2005 zu bestimmen.

(3) Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2006 gilt § 85b mit der Maßgabe, dass bei der Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85b Abs. 3 die nach Absatz 1 vereinbarten arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina zu Grunde zu legen sind.

§ 85d

Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2007

Für die Vereinbarung des Punktwertes nach § 85a Abs. 2 Nr. 3 im Jahr 2007 ist der durchschnittliche Punktwert zu Grunde zu legen, der sich aus den für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2006 insgesamt nach § 85c Abs. 1 vereinbarten Punktwerten, jeweils gewichtet mit den vereinbarten Leistungsmengen, ergibt; § 71 gilt insoweit nicht. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen bis zum 31. Oktober 2006 den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 1 gemeinsam und einheitlich fest. Erfolgt die Feststellung des durchschnittlichen Punktwertes bis zu diesem Zeitpunkt nicht, stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde den Punktwert fest. Ausgangsbasis für die Vereinbarung der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85a Abs. 2 sind die jeweils für das Jahr 2006 gemäß § 85c Abs. 1 vereinbarten Regelleistungsvolumina.“

66. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

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

„(1a) In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2

abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. Der Bundesmantelvertrag regelt auch das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans, insbesondere muss aus dem Heil- und Kostenplan erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.“

c) 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 am Satzende 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.“

cc) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss kann Regelungen treffen, die einem mit der Behandlung bestimmter Versichertengruppen verbundenen zusätzlichen Aufwand des Arztes Rechnung tragen; er beschließt dazu das Nähere, insbesondere zu Bestimmungen der im ersten Halbsatz genannten Versi-

chertengruppen. Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2 und 3 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen.“

d) 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) 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.“

dd) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen.“

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 Satz 4 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 die Leistungen, insbesondere medizinisch-technische Leistungen, für die eine Abstaffelung vorzunehmen ist.“

gg) Der bisherige Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6

und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen.“

e) Absatz 2c wird wie folgt gefasst:

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

f) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und die den Beschlüssen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen sind dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen; es kann die Beschlüsse 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; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Die mit den Maßnahmen nach Satz 2 verbundenen Kosten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Abweichend von Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist zu Stande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gesetzten Frist die Vereinbarung fest; die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.“

67. § 87a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 30 Abs. 3 Satz 2“ durch die Angabe „§ 55 Abs. 4“ ersetzt.

b) In Satz 4 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

68. § 88 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen“ und die Wörter „Bundesinventionsverband der Zahntechniker“ durch die

Wörter „Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Leistungen“ ein Komma eingefügt und die Wörter „ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen“ angefügt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Wörter „ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,“ eingefügt.

69. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Kommt ein Vertrag bis zum Ablauf von drei Monaten durch Schiedsspruch 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 gilt entsprechend.“

- c) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „§ 83 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 57 Abs. 1 und 2, § 83“ ersetzt.

- d) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „der Bundesinnungsverband der Zahntechniker,“ durch die Wörter „der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und“ und die Wörter „die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen“ ersetzt.

69a. Im Vierten Kapitel wird in der Überschrift des Sechsten Titels das Wort „Bundesausschüsse“ durch die Wörter „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.

70. § 91 wird wie folgt gefasst:

„§ 91

Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Kranken-

kassen und der Knappschaftlichen Krankenversicherung. Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Verbände nach Absatz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Benehmen mit den Verbänden nach Satz 1. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenhäuser und ihre Stellvertreter von der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Verbänden nach Absatz 1 bestellten Mitglieder gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. § 90 Abs. 3 Satz 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von Unterausschüssen, trifft. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt evidenzbasierte Patienteninformationen, auch in allgemein verständlicher Form, zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung ab.

(4) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 116b Abs. 4, zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f wirkt anstelle des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ein weiterer Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit.

(5) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 mit Ausnahme der Nummer 2, nach § 136 Abs. 2 Satz 2 und nach § 136a wirken anstelle des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft fünf weitere Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit. Bei Beschlüssen zu Richtlinien über die psychotherapeutische Versorgung sind als Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf psychotherapeutisch tätige Ärzte und fünf Psychotherapeuten sowie ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen.

(6) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und zu Richtlinien nach § 136 Abs. 2 Satz 3 und § 136b wirken anstelle der vier Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft acht weitere Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit.

(7) Bei Beschlüssen zu § 137 und zu Richtlinien nach § 137c wirken anstelle der vier Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit.

(8) Die Vertreter der Vereinigungen und Verbände nach Absatz 1, die an den jeweiligen Beschlüssen und Entscheidungen nach den Absätzen 4 bis 7 nicht mitwirken, haben ein Mitberatungsrecht.

(8a) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.

(9) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Versicherten, die Krankenkassen und für die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich.

(10) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

71. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Bundesausschüsse beschließen“ durch die Wörter „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt“ ersetzt.

bb) In Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der dia-

gnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.“

cc) In Satz 2 werden die Wörter „Sie sollen“ durch die Wörter „Er soll“ ersetzt, nach Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 12 angefügt:

„12. Verordnung von Krankentransporten.“

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

c) In Absatz 1b wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

d) In Absatz 2 Satz 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„§ 73 Abs. 8 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.“

e) In Absatz 5 wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

f) In Absatz 7 wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

g) In Absatz 7a wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

h) In Absatz 8 werden die Wörter „der Bundesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

72. § 93 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird nach dem Wort „der“ das Wort „Gemeinsame“ eingefügt.

73. § 94 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „von den Bundesausschüssen“ durch die Wörter „vom Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

b) In Satz 3 werden die Wörter „der Bundesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

74. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 ein-

getragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).“

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist.“

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

d) In Absatz 5 Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist.“

e) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 3 zweiter Halbsatz nicht mehr vorliegt.“

f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirk-

samwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums 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 einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum endet mit Vollendung des 68. Lebensjahres; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.“

g) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „der Bundesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

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

h) In Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 werden jeweils die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

75. In § 95c Satz 2 Nr. 1 bis 3 werden jeweils die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

76. 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. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

(2) Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.

(3) Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nach-

weis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist; für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. Vertragsärzte, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen sind, haben den Nachweis nach Satz 1 erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu erbringen. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert. Ein Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholtte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für ermächtigte Ärzte entsprechend.

(5) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums oder eines Vertragsarztes. Den Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 für die von ihm angestellten Ärzte führt das medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt. Übt ein angestellter Arzt die Beschäftigung länger als drei Monate nicht aus, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag den Fünfjahreszeitraum um die Fehlzeiten zu verlängern. Absatz 3 Satz 2 bis 6 und 8 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das Honorar des medizinischen Versorgungszentrums oder des Vertragsarztes gekürzt wird. Die Honorarkürzung endet auch dann, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nachgewiesen wird, nach Ablauf des Quartals, in dem das Beschäftigungsverhältnis endet. Besteht das Beschäftigungsverhältnis fort und hat das zugelassene medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums für einen angestellten Arzt den Fortbildungsnachweis erbracht, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Widerruf der Genehmigung der Anstellung stellen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundes-

ebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung. Es ist insbesondere festzulegen, in welchen Fällen Vertragsärzte bereits vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums Anspruch auf eine schriftliche Anerkennung abgeleiteter Fortbildung haben. Die Regelungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich.“

76a. In § 96 Abs. 2 wird Satz 3 aufgehoben.

77. In § 99 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „von den Bundesausschüssen“ durch die Wörter „vom Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

78. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Bundesausschüsse beschließen“ durch die Wörter „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt“ und in Nummer 4 werden nach der Angabe „§ 311 Abs. 2 Satz 1“ die Wörter „und in einem medizinischen Versorgungszentrum“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion sind die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Die Bundesausschüsse haben“ durch die Wörter „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

79. In § 102 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „Die Bundesausschüsse haben“ durch die Wörter „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat“ ersetzt.

80. § 103 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „der Bundesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

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

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

„(4a) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum 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 medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

81. § 105 wird wie folgt geändert:

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

„zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von 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 Maßnahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis. Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach § 83 entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. § 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. 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 § 83 entrichteten Vergütung 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.“

82. § 106 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „durch Beratungen und Prüfungen“ eingefügt.

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

„(1a) In erforderlichen Fällen berät der in Absatz 4 genannte Prüfungsausschuss die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.“

- c) 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 werden 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) In Satz 4 werden nach dem Wort „hinaus“ die Wörter „Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder“ eingefügt.

- ee) Die Sätze 5 und 6 werden 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.“

- ff) Satz 7 wird aufgehoben.

- d) In Absatz 2a Nr. 3 werden die Wörter „der Bundesausschüsse“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

- e) 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, 2 und 4 sowie § 297 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.“

f) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Verfahren zur“ durch die Wörter „Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der“ und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt sowie 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.“

cc) In Satz 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt.“

g) 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 Prüfungs- und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Ausschüsse bestehen jeweils aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz der Ausschüsse 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 im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen den jeweiligen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz der Ausschüsse.“

h) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze 4a bis 4d eingefügt:

„(4a) Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss werden bei der Wahrnehmung ihrer 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 Geschäftsstelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Inhalte und Abläufe der Tätigkeit der Geschäftsstelle entscheiden der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss gemeinsam. 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 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 der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstelle tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.“

(4b) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung dieser Regelung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Kranken-

kassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(4c) Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung von Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die nach Absatz 4 oder 4c Satz 1 gebildeten Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde Aufgaben nach Absatz 4a durch eine in dem Bereich eines anderen Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4a errichteten Geschäftsstelle wahrnehmen lassen, wenn dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist; § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 und § 92 des Zehnten Buches gelten entsprechend. Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder tätigen Ausschüsse oder Stellen nach Absatz 4a führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(4d) Die nach Absatz 4 gebildeten Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde unabhängige Sachverständige oder andere private Dritte mit der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 4a beauftragen, wenn dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Absatz 4c Satz 2 zweiter Halbsatz gilt.“

- i) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „führt die Prüfungen nach Absatz 2 durch; er“ gestrichen.
- j) Absatz 5a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden das Wort „Prüfungen“ durch die Wörter „Beratungen nach Absatz 1a“ ersetzt und die Klammerbezeichnung „(Prüfungsvolumen)“ gestrichen.
 - bb) Satz 3 wird aufgehoben.
 - cc) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.“

dd) Der bisherige Satz 5 wird aufgehoben.

ee) Im bisherigen Satz 6 werden die Wörter „nach Satz 3 und 4“ und die Wörter „im Fall von Satz 4“ gestrichen.

ff) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „den Wert für die geringfügige Überschreitung des Prüfungsvolumens und das Verfahren der Erstattung des nach Satz 4 festgesetzten Betrages“ durch die Wörter „die Maßstäbe zur Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten“ ersetzt.

gg) Der bisherige Satz 8 wird aufgehoben.

- k) Nach Absatz 5a werden folgende Absätze 5b bis 5d eingefügt:

„(5b) In den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ist auch die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35b Abs. 1 beruht. Das Nähere ist in Vereinbarungen nach Absatz 3 zu regeln.“

(5c) Der Prüfungsausschuss setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Absatz 5a fest. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Vergütung 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 3 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.“

- l) In Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz wird die Angabe „§ 83 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.
- m) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Aufsicht über die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Geschäftsstellen nach den Absätzen 4 und 4a führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen

sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.“

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

„§ 106a

Abrechnungsprüfung in
der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen 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 längeren 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 5 genannten Verbände der Krankenkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose, bei zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde,
3. der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit,
4. der vom Versicherten an den Arzt zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 und der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2.

Sie unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte

Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, sofern dazu Veranlassung besteht, Prüfungen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 beantragen. Bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3 kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4. In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach Absatz 2 Satz 3 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) 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 den Absätzen 2 und 3; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 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 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.

(7) § 106 Abs. 4b gilt entsprechend.“

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

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

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch
Krankenhäuser bei Unterversorgung

Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist.

§ 116b

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

(1) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäu-

ern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

(2) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern diese Leistungen und diese Behandlung in dem Katalog nach Absatz 3 enthalten sind. In den Verträgen ist das Nähere über die Durchführung der Versorgung, insbesondere der Nachweis der Einhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, zu regeln.

(3) Zur ambulanten Behandlung folgender hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Krankenhäusern Verträge geschlossen werden:

1. hochspezialisierte Leistungen
 - CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
 - Brachytherapie,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
 - spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
 - Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden.

Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestanforderungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat erstmals bis zum 31. März 2004 den Katalog nach Absatz 3 zu ergänzen um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen, die die Kriterien nach Satz 2 erfüllen. Voraussetzung für die Aufnahme in den Katalog ist, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind, wobei bei der Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit die Besonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis zu berücksichtigen sind. Die Richtlinien haben außerdem Regelungen dazu zu treffen, ob und in welchen Fällen die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt voraussetzt. In den Richtlinien sind ferner die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln; als Mindestanforderungen gelten die Anforderungen nach § 135 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinien spätestens alle zwei Jahre daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den in den Sätzen 2 bis 4 genannten Kriterien entsprechen sowie zu prüfen, ob neue hochspezialisierte Leistungen, neue seltene Erkrankungen und neue Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach Absatz 3 aufgenommen werden müssen.

(5) Die auf Grund eines Vertrages nach Absatz 2 von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen.“

86. § 117 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird nach der Angabe „§ 120“ die Angabe „Abs. 2 bis 4“ eingefügt.

86a. Nach § 119 wird folgender § 119a eingefügt:

„§ 119a

Ambulante Behandlung in
Einrichtungen der Behindertenhilfe

Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. In dem Zulassungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“

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

88. § 124 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Beschäftigungstherapie“ durch das Wort „Ergotherapie“ ersetzt.

b) In Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Zulassung kann auch widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer die Fortbildung nicht innerhalb der Nachfrist gemäß § 125 Abs. 2 Satz 3 erbringt.“

89. § 125 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 werden nach dem Wort „zur“ die Wörter „Fortbildung und“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbringern oder mit Verbänden der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Wird die Fortbildung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen nicht nachgewiesen, sind in den Verträgen nach Satz 1 Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann.“

90. § 126 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„§ 127 Abs. 1 gilt mit der Maßgabe, dass die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen Verträge mit Leistungserbringern schließen können.“

91. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 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 mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen 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.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(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 Anforderung zur Abgabe eines Angebots unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. Leistungserbringer können sich, auch gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen, bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben; die Krankenkassen können die Versicherten hierüber informieren.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Krankenkassen informieren die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer von Hilfsmitteln über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der Preise, die sie nach Absatz 2 vereinbart haben. Bei der Ermittlung dieser Durchschnittspreise werden die Preise des Drittels der Leistungserbringer nach Absatz 2 mit den niedrigsten Preisen zu Grunde gelegt; die Durchschnittspreise sind je Hilfsmittel und sofern erforderlich unter Berücksichtigung der Packungsgröße zu bilden. Die Durchschnittspreise ergeben sich als Summe der Preise nach Satz 2 geteilt durch die Zahl der Leistungserbringer nach Satz 2. Werden mit weniger als drei Leistungserbringern Verträge nach Absatz 2 geschlossen, ergibt sich der Durchschnittspreis aus der Summe der Preise dieser Leistungserbringer geteilt durch deren Zahl. Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Nachfrage auch über Leistungserbringer, die Hilfsmittel zum Durchschnittspreis nach den Sätzen 2 bis 4 oder zu einem niedrigeren Preis abgeben. Soweit zugelassene Leistungserbringer Hilfsmittel oberhalb der Preise nach den Sätzen 2 bis 4 abgeben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber sowie über die von den Versicherten zu zahlende Differenz zwischen dem Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels und dem eigenen Abgabepreis zu informieren.“

92. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2 verpflichtet zur

1. Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in den Fällen, in denen der verordnende Arzt
 - a) ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder
 - b) die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat,
2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln, deren für den Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis mindestens 15 vom Hundert oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels; in dem Rahmenvertrag nach Absatz 2 können Regelungen vereinbart werden, die zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen,
3. Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen und
4. Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.“

bb) Die Sätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

b) In Absatz 1a werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

c) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze 5a und 5b eingefügt:

„(5a) Bei Abgabe eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels gilt bei Abrechnung nach § 300 ein für die Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis in Höhe des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens zuzüglich der Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung.

(5b) Apotheken können an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen beteiligt werden; die Angebote sind öffentlich auszuschreiben. In Verträgen nach Satz 1 sollen auch Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Beratung des Versicherten durch die Apotheke vereinbart werden. In der integrierten Versorgung kann in Verträgen nach Satz 1 das Nähere über Qualität und Struktur der Arzneimittelversorgung für die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten auch abweichend von Vorschriften dieses Buches vereinbart werden.“

d) In Absatz 6 Satz 1 wird das Wort „Bundesausschuss“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

93. 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 verordnete Arzneimittel zu Lasten von Krankenkassen nur abgeben, wenn für sie eine Vereinbarung nach Satz 1 besteht.“

94. § 130 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag von 2 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.“

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

„(1a) Der Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2005 von den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Abs. 2 so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. In der Vereinbarung für das Jahr 2005 nach Satz 1 sind Vergütungen der Apotheken, die sich aus einer Abweichung der Zahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2002 ergeben, auszugleichen.“

95. § 130a wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Im Jahr 2004 beträgt abweichend von Absatz 1 Satz 1 der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel 16 vom Hundert.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 oder des § 35a festgesetzt ist.“

96. § 131 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe „§ 129“ wird die Angabe „Abs. 1 Satz 4 und“ gestrichen und das Wort „Bundesausschuss“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Für die Abrechnung nicht verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel übermitteln die

pharmazeutischen Unternehmer die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktangaben an die in § 129 Abs. 2 genannten Verbände im Wege elektronischer Datenübertragung; dabei ist auch der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis (§ 129 Abs. 5a) anzugeben.“

97. § 132a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 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, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen.“

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

„In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung 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 vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

98. Nach § 132b wird folgender § 132c eingefügt:

„§ 132c

Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.“

99. § 135 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen“

durch die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss“ und das Wort „haben“ durch das Wort „hat“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Die Bundesausschüsse überprüfen“ durch die Wörter „Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

b) 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.“

100. § 135a Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, 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.“

101. § 136 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 136

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) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen nach Satz 1. Satz 2 gilt für den vertragszahnärztlichen Bereich entsprechend.“

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

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

102. § 136a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt und in Nummer 1 nach der Angabe „§ 135a Abs. 2“ die Wörter „sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird nach dem Wort „des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

103. § 136b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt und in Nummer 1 nach der Angabe „§ 135a Abs. 2“ die Wörter „sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird vor dem Wort „Bundesausschusses“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Der“ das Wort „Gemeinsame“ eingefügt.

104. § 137 wird wie folgt geändert:

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

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten.“
 - bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „berücksichtigen“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.
 - cc) In Satz 3 werden das Wort „Vereinbarungen“ durch das Wort „Beschlüsse“ ersetzt und Nummer 2 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 an die Ergebnisqualität festzulegen.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Vereinbarungen“ durch das Wort „Beschlüsse“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

105. § 137b wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „Arbeitsgemeinschaft zur“ gestrichen.
- b) Satz 1 wird aufgehoben.
- c) In dem bisherigen Satz 2 werden die Wörter „Diese hat hierzu“ durch die Wörter „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat“ ersetzt.
- d) In dem bisherigen Satz 3 wird das Wort „Sie“ durch das Wort „Er“ ersetzt.
- e) Die bisherigen Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

106. § 137c wird wie folgt gefasst:

„§ 137c

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 überprüft auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie.

(2) Wird eine Beanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 94 Abs. 1 Satz 2 nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium die Richtlinie erlassen. Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie darf die ausgeschlossene Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt.“

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

108. § 137e wird aufgehoben.

109. § 137f wird wie folgt geändert:

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

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 nach Maßgabe von Satz 2 geeignete

chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen nach Absatz 1.“

bb) 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,“.

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 1 bekannt, für welche chronischen Krankheiten nach Absatz 1 die Anforderungen zu empfehlen sind; die Empfehlung ist unverzüglich nach dieser Bekanntgabe vorzulegen.“

110. In § 138 werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

111. § 139 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Das Verfahren zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen. Dabei ist darauf hinzuwirken, dass die Unterlagen innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung vollständig vorliegen, und sicherzustellen, dass die Entscheidung spätestens sechs Monate nach Vorlage der vollständigen Unterlagen getroffen wird. Über die Entscheidung ist ein Bescheid zu erteilen.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben produktgruppenbezogene Empfehlungen zur Fortbildung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln und zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung ab.“

112. Nach § 139 werden folgende §§ 139a bis 139c eingefügt:

„§ 139a

Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfä-

higes, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und ist dessen Träger. Hierzu kann eine Stiftung des privaten Rechts errichtet werden.

(2) Die Bestellung der Institutsleitung hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu erfolgen. Wird eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, erfolgt das Einvernehmen innerhalb des Stiftungsvorstands, in den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen Vertreter entsendet.

(3) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenpezifischer Besonderheiten,
3. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
5. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

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

(5) Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten ist im Rahmen der Aufgabenerfüllung des Instituts Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(6) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts haben die Beschäftigten vor ihrer Einstellung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

§ 139b

Aufgabendurchführung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt das Institut mit Arbeiten nach

§ 139a Abs. 3. Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann die Bearbeitung von Aufgaben nach § 139a Abs. 3 unmittelbar beim Institut beantragen. Das Institut kann einen Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung als unbegründet ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.

(3) Zur Erledigung der Aufgaben nach § 139a Abs. 3 Nr. 1 bis 5 hat das Institut wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige zu vergeben. Diese haben alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

(4) Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach den Absätzen 1 und 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 als Empfehlungen zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.

§ 139c

Finanzierung

(1) Die Finanzierung des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und durch die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 85a um einen entsprechenden Vorphundertatz. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Der Zuschlag für jeden Krankenhausfall, die Anteile der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

(2) Die Regelung nach Absatz 1 gilt nur, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zur Errichtung des Instituts nach § 139a Abs. 1 eine Stiftung des privaten Rechts gegründet hat. Wird eine Stiftung nicht gegründet, erfolgt die Finanzierung des Instituts jeweils zur Hälfte durch die Verbände der Leistungserbringer und die Spitzenverbände der Krankenkassen.“

113. § 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.

114. § 140b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird 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.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) In Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „die Bundesausschüsse“ durch die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt, die Wörter „der Ausschuss nach § 137c Abs. 2“ gestrichen und das Wort „haben“ durch das Wort „hat“ ersetzt.

d) 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.“

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

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

115. § 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 teilnehmenden 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.“

116. § 140d wird wie folgt gefasst:

„§ 140d

Anschubfinanzierung, Bereinigung

(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen.

(2) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a ver-

einbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(3) 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.

(4) Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.“

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

118. Dem Vierten Kapitel werden nach § 140d folgender Zwölfter und Dreizehnter Abschnitt angefügt:

„Zwölfter Abschnitt

Beziehungen zu
Leistungserbringern im Geltungsbereich
des Vertrages zur Gründung der Europäischen
Gemeinschaft und des Abkommens
über den Europäischen Wirtschaftsraum

§ 140e

Verträge mit
Leistungserbringern im Geltungsbereich
des Vertrages zur Gründung der Europäischen
Gemeinschaft und des Abkommens
über den Europäischen Wirtschaftsraum

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 Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abschließen.

Dreizehnter Abschnitt

Beteiligung von
Patientinnen und Patienten,
Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten

§ 140f

Beteiligung von Interessenvertretungen
der Patientinnen und Patienten

(1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.

(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen.

(3) In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

(4) Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 84 Abs. 7 Satz 6, §§ 111b, 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 2, §§ 132a und 132b Abs. 2 vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(5) Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes oder des Landes nach der Reisekostenstufe C. Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.

§ 140g

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu den Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie zum Verfahren der Patientenbeteiligung zu regeln.

§ 140h

Amt, Aufgabe und Befugnisse

der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten. Der beauftragten Person ist die für die Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Das Amt endet, außer im Falle der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

(3) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die beauftragte Person bei allen Gesetzes-, Verwaltungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Rechte und des Schutzes von Patientinnen und Patienten behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die beauftragte Person bei der Erfüllung der Aufgabe.“

119. Die Überschrift des Fünften Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen“.

120. § 141 wird aufgehoben.

121. § 142 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.“

122. § 147 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, kann der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen.“

bb) Die Sätze 4 bis 11 werden wie folgt gefasst:

„Lehnt der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals durch unwiderrufliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Krankenkasse ab, übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens zum 1. Januar des auf den Zugang der Erklärung folgenden übernächsten Kalenderjahres die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. Die Be-

triebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt vom Tag des Zugangs der Erklärung nach Satz 4 an die Betriebskrankenkasse vor. Die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend, wenn die Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 vorsieht, vom Tag des Wirksamwerdens dieser Satzungsbestimmung an.“

b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

„(3) Betriebskrankenkassen, deren Satzung am 1. Januar 2004 eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält und 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. Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend. Neueinstellungen nimmt ab dem 1. Januar 2004 die Betriebskrankenkasse vor.

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

123. § 148 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.

124. 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,“ eingefügt.

125. § 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.“
126. Dem § 157 wird folgender Absatz 3 angefügt:
 „(3) Absatz 1 gilt nicht für Handwerksbetriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben.“
127. § 158 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.
128. § 159 Abs. 3 Satz 2 wird aufgehoben.
129. 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.“
130. Dem § 171 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.“
131. Die Überschrift des Achten Titels im Ersten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:
 „Achter Titel
 Kassenartenübergreifende Regelungen“.
132. § 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 Falle 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 auf Grund 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.“
133. 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 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.“
134. § 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 des der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“
135. Dem § 191 wird folgender Satz angefügt:
 „Im Falle 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.“
136. 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.“
137. Nach § 197 wird folgender § 197a eingefügt:
 „§ 197a
 Stellen zur Bekämpfung von
 Fehlverhalten im Gesundheitswesen
 (1) Die Krankenkassen, wenn angezeigt ihre Landesverbände, und die Spitzenverbände der Krankenkassen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten. Sie nehmen Kontroll-

befugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammenzuarbeiten.

(4) Die Krankenkassen und die weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand der Krankenkassen und der weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen hat dem Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren, erstmals bis zum 31. Dezember 2005, über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten.“

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

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

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

140. Dem § 220 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Ab dem 1. Januar 2004 sind die durch die §§ 24b, 27a, 33 Abs. 1, § 34 Abs. 1 und § 221 sowie die durch den Wegfall der §§ 58 und 59 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung und die Aufhebung des § 200b der Reichsversicherungsordnung bewirkten Einsparungen in vollem Umfang für Beitragssatzsenkungen zu verwenden. Die übrigen durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) bewirkten Einsparungen sind mindestens zur Hälfte für Beitragssenkungen zu verwenden. Satz 1 gilt auch für die durch § 240 Abs. 2 Satz 3 sowie die §§ 241a, 245, 247 und 248 bewirkten Einsparungen vom Inkrafttreten dieser Vorschriften ab.“

141. Nach § 220 wird folgender § 221 eingefügt:

„§ 221

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2004 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 2,5 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro jeweils am 1. Mai und 1. November zur Hälfte 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) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Verteilung nach Absatz 1 zu bestimmen. Maßstab für die Verteilung sind die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen.“

142. Dem § 222 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Absatz 4 gilt für Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2003 abweichend von § 220 Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, mit der Maßgabe, dass die Verschuldung jeweils jährlich zu mindestens einem Viertel spätestens bis zum 31. Dezember 2007 abzubauen ist; Darlehensaufnahmen nach dem 31. Dezember 2003 sind nicht zulässig.“

143. In § 229 Abs. 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „wiederkehrende Leistung“ die Wörter „oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden“ eingefügt.

144. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

bb) Im bisherigen Satz 2 wird die Angabe „und 243 Abs. 2“ durch die Angabe „243 Abs. 2, § 247 Abs. 1 und § 248“ ersetzt.

b) Absatz 3a wird aufgehoben.

c) Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 entsprechend.“

145. Nach § 241 wird folgender § 241a eingefügt:

„§ 241a

Zusätzlicher Beitragssatz

Für Mitglieder gilt ein Beitragssatz in Höhe von 0,5 vom Hundert, der zusätzlich zu erheben ist.“

146. In § 245 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „feststellt“ ein Komma und die Wörter „sowie der zusätzliche Beitragssatz“ eingefügt.

147. In § 247 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „sowie der zusätzliche Beitragssatz“ eingefügt.

148. § 248 wird wie folgt geändert:

- a) Im bisherigen Satz 1 werden die Wörter „die Hälfte des jeweils am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragsatzes“ durch die Wörter „der jeweils am 1. Juli geltende allgemeine Beitragsatz“ 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 Beitragsatzes ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr.“

149. In § 249 Abs. 1 werden nach dem Wort „Hälfte“ ein Semikolon und die Wörter „den zusätzlichen Beitragsatz trägt der versicherungspflichtige Beschäftigte allein“ eingefügt.

150. In § 249a werden nach dem Wort „Hälfte“ ein Semikolon und die Wörter „den zusätzlichen Beitragsatz trägt der Rentner allein“ eingefügt.

151. § 257 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „zu zahlen wäre“ durch die Wörter „vom Arbeitgeber zu tragen wäre“ ersetzt und nach den Wörtern „den sie“ die Wörter „bei der Anwendung des allgemeinen Beitragsatzes“ eingefügt.
- b) In Absatz 2b Satz 1 werden die Wörter „dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen“ durch die Wörter „der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt.

152. § 264 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) In dem neuen Absatz 1 werden nach dem Wort „Gesundheit“ die Wörter „und Soziale Sicherung“ eingefügt.
- c) Folgende Absätze 2 bis 7 werden angefügt:

„(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, 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 den §§ 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 gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 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. Lebensjahr 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 auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 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 den Absätzen 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 bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Sozialhilfeträger von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.“

152a. In § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Erprobungsleistungen“ ein Komma und die Angabe „für Satzungsleistungen nach den §§ 55 und 56“ eingefügt.

153. In § 267 Abs. 5 Satz 2 werden nach dem Wort „Überweisungsscheine“ die Wörter „oder in die entsprechenden elektronischen Datensätze“ eingefügt.
154. In § 274 Abs. 1 Satz 2 wird nach den Wörtern „Kassenärztlichen Vereinigungen“ die Angabe „sowie der Ausschüsse und der Geschäftsstelle nach § 106“ eingefügt.
155. § 275 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
- Nummer 1 wird aufgehoben.
 - Die Nummern 2 und 3 werden die Nummern 1 und 2.
156. In § 276 Abs. 2 wird Satz 6 durch folgende Sätze ersetzt:
- „Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.“
157. In § 281 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:
- „(1a) Die Medizinischen Dienste können für die ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben in durch Richtlinien nach § 282 bestimmten wettbewerbsrelevanten Beratungsfeldern eine von Absatz 1 Satz 1 und 2 abweichende Finanzierung im Rahmen von Modellvorhaben erproben. Die Ergebnisse der Modellvorhaben sind dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zuzuleiten und von diesem in einem Bericht aufzubereiten und auszuwerten. Der Bericht ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Verfügung zu stellen.“
158. Die Überschrift des Zehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:
- „Zehntes Kapitel
Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz“.
159. § 284 wird wie folgt geändert:
- Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für

 - die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
 - die Ausstellung des Berechtigungsschei-
- nes, der Krankenversichertenkarte und der elektronischen Gesundheitskarte,
- die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
 - die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, die Bestimmung des Zuzahlungsstatus und die Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und der Ermittlung der Belastungsgrenze,
 - die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
 - die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
 - die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
 - die Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung,
 - die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
 - die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
 - die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
 - die Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von Vergütungsverträgen nach den §§ 85a bis 85d,
 - die Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, die Durchführung von Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen, soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden,
 - die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3) und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3) sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme
- erforderlich sind. Versichertenbezogene Angaben über ärztliche Leistungen dürfen auch auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen dürfen auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die in Satz 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Die nach den Sätzen 2 und 3 gespeicherten Daten sind zu löschen, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung und -speicherung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“

- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die 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, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 versichertenbezogen verarbeitet und 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.“

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

„(4) Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn die Daten allgemein zugänglich sind, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. Ein Abgleich der erhobenen Daten mit den Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 2, 3, 4 und 5 ist zulässig. Widerspricht der Betroffene bei der verantwortlichen Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Satz 1 nicht mehr benötigt werden. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“

160. § 290 wird wie folgt gefasst:

„§ 290

Krankenversicherturnummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversicherturnummer. Die Krankenversicherturnummer 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 Krankenversicherturnummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherturnummer darf nicht als Krankenversicherturnummer 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 Krankenversicherturnummer 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 zu Stande 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.“

161. § 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 Vordrucke (§ 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. Krankenversicherturnummer,
7. Versichertenstatus, für Versicherten-
gruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in
einer verschlüsselten Form,
8. Zuzahlungsstatus,
9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
10. bei befristeter Gültigkeit der Karte das
Datum des Fristablaufs;

die Erweiterung der Krankenversichertenkarte um das Lichtbild sowie die Angaben zum Geschlecht und zum Zuzahlungsstatus haben spätestens bis zum 1. Januar 2006 zu erfolgen.“

- 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.“

162. 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 den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte hat die Angaben nach § 291 Abs. 2 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 Nr. L 149 S. 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 innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 74 S. 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 von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten sowie
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2).

Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die 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 der Versicherten nach diesem Absatz

darf erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben. 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 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, 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. 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) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich
 - a) Ärzte,
 - b) Zahnärzte,
 - c) Apotheker,
 - d) sonstiges pharmazeutisches Personal und das sie unterstützende Apothekenpersonal sowie
 - e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,
2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich
 - a) Ärzte,
 - b) Zahnärzte,
 - c) Apotheker,
 - d) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Notfällen auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

(5) Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Zugriff nur durch Autorisierung der Versicher-

ten möglich ist. Der Zugriff auf Daten sowohl nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 als auch nach Absatz 3 Satz 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, im Falle des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 1 auch in Verbindung mit einem entsprechenden Berufsausweis, erfolgen, die jeweils über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügen; im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 5 können die Versicherten auch mittels einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen. Zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d und e sowie Nr. 2 Buchstabe d, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, können auf die entsprechenden Daten zugreifen, wenn sie hierfür von Personen autorisiert sind, die über einen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, und wenn nachprüfbar elektronisch protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat und von welcher Person die zugreifende Person autorisiert wurde. Der Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte kann abweichend von den Sätzen 3 und 4 auch erfolgen, wenn die Versicherten den jeweiligen Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren autorisieren.

(6) Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 müssen auf Verlangen der Versicherten gelöscht werden; die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten 50 Zugriffe auf die Daten nach Absatz 2 oder Absatz 3 für Zwecke der Datenschutzkontrolle protokolliert werden. Eine Verwendung der Protokolldaten für andere Zwecke ist unzulässig. Die Protokolldaten sind durch geeignete Vorkehrungen gegen zweckfremde Verwendung und sonstigen Missbrauch zu schützen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene vereinbaren die Schaffung der, insbesondere für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte, 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.

(8) Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder Absatz 3 Satz 1 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 genannten Personen oder zu anderen Zwecken als denen der Versorgung der Versicherten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, zu gestatten; mit ihnen darf nicht vereinbart werden, Derartiges zu gestatten. Sie dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben.“

163. § 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) In Satz 1 werden nach dem Wort „Zahnärzte“ die Wörter „sowie ärztlich und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen“ eingefügt.

bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Verzeichnis enthält folgende Angaben:

1. Arzt- oder Zahnarzt Nummer (unverschlüsselt),
2. Hausarzt- oder Fachartztkennung,
3. Teilnahmestatus,
4. Geschlecht des Arztes oder Zahnarztes,
5. Titel des Arztes oder Zahnarztes,
6. Name des Arztes oder Zahnarztes,
7. Vorname des Arztes oder Zahnarztes,
8. Geburtsdatum des Arztes oder Zahnarztes,
9. Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
10. Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
11. Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
12. Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
13. Beginn der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarzt Nummer und
14. Ende der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarzt Nummer.

Das Verzeichnis ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Arzt- und Zahnarzt Nummer ist so zu gestalten, dass sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, dass die Arzt- und Zahnarzt Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertrags-

- ärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen sicher, dass das Verzeichnis die Arzt- und Zahnarztnummern enthält, welche Vertragsärzte und -zahnärzte im Rahmen der Abrechnung ihrer erbrachten und verordneten Leistungen mit den Krankenkassen nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts verwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2004 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.“
- 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.
164. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts im Zehnten Kapitel wird wie folgt gefasst:
- „Zweiter Abschnitt
Übermittlung und Aufbereitung
von Leistungsdaten, Datentransparenz“.
165. Nach der Überschrift des Zweiten Abschnitts im Zehnten Kapitel wird folgender Titel eingefügt:
- „Erster Titel
Übermittlung von Leistungsdaten“.
166. Nach § 294 wird folgender § 294a eingefügt:
- „§ 294a
Mitteilung von Krankheitsursachen
und drittverursachten Gesundheitsschäden
- Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, die nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.“
167. § 295 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nr. 3 werden nach dem Wort „Arzt- nummer“ ein Komma und die Wörter „in Überweisungsfällen“ eingefügt und die Angabe „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8“ durch die Angabe „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 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) Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2) abgeschlossen haben, sowie Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern 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) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall folgende Daten:
1. Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7,
 2. Arzt- oder Zahnarztnummer, in Überweisungsfällen die Arzt- oder Zahnarztnummer des überweisenden Arztes,
 3. Art der Inanspruchnahme,
 4. Art der Behandlung,
 5. Tag der Behandlung,
 6. abgerechnete Gebührenpositionen mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
 7. Kosten der Behandlung,
 8. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4.“
- 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 zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2) abgeschlossen haben sowie Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen

- (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben,“ eingefügt.
- f) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:
- „5. Einzelheiten der Datenübermittlung und der Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296 und 297.“
- bb) Folgende Sätze werden angefügt:
- „Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren nach Nummer 3 auch die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte; dabei ist sicherzustellen, dass zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wird. Die Hauptdiagnose hat den Behandlungsanlass am jeweiligen Behandlungstag wiederzugeben.“
- g) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren 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.“
168. § 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 nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:
1. Arztnummer,
 2. Kassenummer,
 3. die abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung.
- Soweit zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach Maßgabe von § 106 Abs. 5b erforderlich, sind die Daten nach Satz 1 Nr. 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Abs. 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.“
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.
- c) Der bisherige 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 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. Kassenummer,
 3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband- oder Heilmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung, bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1.“
- d) Der bisherige 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 den Absätzen 1 und 2 sowie zu den Folgen der Nichteinhaltung dieser Fristen.“
- e) Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt gefasst:
- „(4) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 5a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Geschäftsstelle nach § 106 Abs. 4a die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.“
169. § 297 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Geschäftsstellen 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 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 nach § 106 Abs. 4a die Daten über die von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 einbezogenen

- nen Vertragsärzten verordneten Leistungen sowie die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit jeweils unter Angabe der Arztnummer, der Kassenummer 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 Wörter „Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.
170. § 300 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln sind verpflichtet, unabhängig von der Höhe der Zuzahlung (oder dem Eigenanteil),
1. bei Abgabe von Fertigarzneimitteln für Versicherte das nach Absatz 3 Nr. 1 zu verwendende Kennzeichen maschinenlesbar auf das für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt oder in den elektronischen Verordnungsdatensatz zu übertragen,
 2. die Verordnungsblätter oder die elektronischen Verordnungsdatensätze an die Krankenkassen weiterzuleiten und diesen die nach Maßgabe der nach Absatz 3 Nr. 2 getroffenen Vereinbarungen erforderlichen Abrechnungsdaten zu übermitteln.“
- 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 Komma die Angabe „spätestens zum 1. Januar 2006 auch die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatensatzes,“ angefügt.
171. § 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 Nummer 1 die Angabe „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8“ durch die Angabe „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 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.
172. In § 301a werden nach dem Wort „Angaben“ die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ eingefügt.
173. § 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 „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6“ durch die Angabe „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 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.
174. § 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 Rechnerkürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.“
175. 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 Bun-

desministerium 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 (§ 303c) und einer Datenaufbereitungsstelle (§ 303d) 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 den §§ 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, der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen 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 Versicherte oder Leistungserbringer durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle oder den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303f Abs. 1 wieder identifiziert werden können.

(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 peri-

odenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, und zu dem Leistungserbringer, der Leistungen erbracht und verordnet hat, hergestellt werden kann; ferner hat das Pseudonym für den Versicherten Angaben zum Geburtsjahr, Geschlecht, 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 des Ersten Buches. 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 und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. 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 die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 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 Landes- und Spitzenverbände, die jeweiligen Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 den Absätzen 1 bis 3.

§ 303f

Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihren Mitgliedern, den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie von den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen 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 sektorenübergreifenden 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 2 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. Die Prüfung nach Satz 1 entfällt, sofern datenliefernde Stellen nach § 303e Abs. 2 die von ihnen bereitgestellten Daten nutzen wollen oder die Nutzung durch ihre Verbände gestattet haben.“

176. § 304 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 304

Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse“.

b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse“ eingefügt und Nummer 2 wie folgt gefasst:

- „2. 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 auf Grund der nach § 266 Abs. 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§§ 266, 267) oder des Risikopools (§ 269) erforderlich sind, spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen“.
177. § 305 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren 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 1 Euro zuzüglich Versandkosten. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte. Das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Vertrag. Kommt eine Regelung nach den Sätzen 4 und 6 bis zum 30. Juni 2004 nicht zu Stande, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung das Nähere durch Rechtsverordnung mit 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 einschließlich medizinische Versorgungszentren und Leistungserbringer in der integrierten Versorgung sowie über die verordnungsfähigen Leistungen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, § 127 Abs. 3. § 69 Satz 4 gilt entsprechend.“
178. Nach § 305a wird folgender § 305b eingefügt:
- „§ 305b
Rechenschaft über
die Verwendung der Mittel
Die Krankenkassen haben in ihren Mitgliederzeitschriften in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit jährlich über die Verwendung ihrer Mittel im Vorjahr Rechenschaft abzulegen und dort zugleich ihre Verwaltungsausgaben gesondert auch als Beitragssatzanteil auszuweisen.“
179. Die Überschrift des Elften Kapitels wird wie folgt gefasst:
- „Elftes Kapitel
Straf- und Bußgeldvorschriften“.
180. § 307 wird wie folgt geändert:
- a) Folgender neuer Absatz 1 wird eingefügt:
- „(1) Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 291a Abs. 8 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 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.
181. Nach § 307 wird folgender § 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 Daten 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.“
182. § 311 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Die im Beitrittsgebiet 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 2003 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 medizinische Versorgungszentren beziehen, entsprechend.“
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.

Artikel 2

Weitere Änderung
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, zuletzt geändert durch Artikel 1 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

01. In § 28 Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5“ ersetzt.

1. In § 71 Abs. 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 57 Abs. 1 und 2, § 83 und den §§ 85, 125 und 127“ durch die Angabe „§ 57 Abs. 1 und 2, §§ 83, 85, 85a, 125 und 127“ ersetzt.

2. (entfällt)

3. § 79 wird wie folgt gefasst:

„§ 79

Organe

(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden 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. 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,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Körperschaft von grundsätzlicher Bedeutung sind,
4. den Haushaltsplan festzustellen,
5. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
6. die Körperschaft gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
7. 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.

(4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern. Die Mitglieder

des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Wird ein Arzt in den hauptamtlichen Vorstand gewählt, kann er eine ärztliche Tätigkeit als Nebentätigkeit in begrenztem Umfang weiterführen oder seine Zulassung ruhen lassen. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2005 im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung mitzuteilen.

(5) Der Vorstand verwaltet die Körperschaft und vertritt 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, 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 Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen.“

4. § 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,
10. die vertragsärztlichen Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrags.

Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.“

5. § 82 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit den Verbänden der Ersatzkassen für nicht bundesunmittelbare Ersatzkassen, der Bun-

desknappschaft, der See-Krankenkasse und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen von § 83 Satz 1 abweichende Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge, von § 85 Abs. 1 und § 85a Abs. 2 abweichende Verfahren zur Entrichtung der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen sowie von § 291 Abs. 2 Nr. 1 abweichende Kennzeichen vereinbaren.“

6. § 83 Satz 2 wird aufgehoben.
7. § 85 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart.“
 - bb) In Satz 8 werden nach der Angabe „§ 28 Abs. 2 Satz 3“ die Wörter „sowie für das zahnärztliche Honorar nach § 30 Abs. 3 Satz 1“ gestrichen.
 - c) In Absatz 4b Satz 1 erster Halbsatz werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Versorgung mit Zahnersatz sowie“ gestrichen, das Wort „kieferorthopädischer“ durch die Wörter „der kieferorthopädischen“, die Zahl „350 000“ durch die Zahl „262 500“, die Zahl „450 000“ durch die Zahl „337 500“ und die Zahl „550 000“ durch die Zahl „412 500“ ersetzt.
8. § 217 Abs. 5 Satz 1 wird vor dem Komma wie folgt gefasst:
„Die Bundesverbände bestimmen mit Wirkung für ihre Mitglieder das Verfahren für die Beteiligung derjenigen Landesverbände am Abschluss der Vereinbarungen nach § 83 Satz 1, § 85 Abs. 2 Satz 1 und § 85b Abs. 2“.
9. In § 248 Satz 1 und 2 werden jeweils nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „sowie der zusätzliche Beitragssatz“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

§ 21 Abs. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3322) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 wird die Angabe „Entbindungsgeld“ gestrichen.
2. In Nummer 4 werden die Wörter „nicht rechtswidriger“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlicher“ und das Komma durch einen Punkt ersetzt.
3. Nummer 5 wird aufgehoben.

Artikel 4

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch § 5 des Gesetzes vom 31. Oktober 2003 (BGBl. I S. 2149), wird wie folgt geändert:

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

Artikel 5

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 10. August 2003 (BGBl. I S. 1600), 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“ ersetzt und die Angabe „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Fünftes Buch)“ gestrichen.
3. § 28d Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Satz 1 gilt auch für den Beitrag
 1. für Zahnersatz der gesetzlichen Krankenversicherung und
 2. zur Pflegeversicherung
 für einen in der Krankenversicherung kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten.“
4. Dem § 28k 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.“
5. In § 28n Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „der Beiträge nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt“ durch die Wörter „des Gesamtsozialversicherungsbeitrags“ ersetzt.

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

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2004 im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift der betreffenden Krankenkasse zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern in Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen.“

7. § 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 1. Januar 2004 laufenden Wahlperiode.“

8. § 71 Abs. 2 Satz 2 wird aufgehoben.

9. 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 darauf folgenden 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 6

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

§ 29 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Juli 2003 (BGBl. I S. 1526) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 7

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 Artikel 7

des Gesetzes vom 24. Juli 2003 (BGBl. I S. 1526), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 47 folgende Angabe eingefügt:

„§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“.

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

„§ 47a

Stellen zur Bekämpfung
von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend. Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, den Landesverbänden der Pflegekassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen.“

3. In § 97 Abs. 3 wird Satz 3 durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.“

Artikel 8

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Juni 2002 (BGBl. I S. 1812), 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 9

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. Juni 2002 (BGBl. I S. 1812), wird wie folgt geändert:

1. § 22 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. § 31 wird aufgehoben.

Artikel 10

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 Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Juni 2003 (BGBl. I S. 844), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 3 wird die Angabe „§§ 1 und 2“ durch die Angabe „§§ 1 bis 2a und 4 Abs. 4“ ersetzt.

2. 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, ist auch ohne Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 65a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

3. § 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; der Bericht nach § 197a Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird vom Geschäftsführer der Vertreterversammlung erstattet und zusätzlich dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft zugeleitet.“

4. § 28 wird wie folgt gefasst:

„§ 28

Meldepflichten bei Wehrdienst und Zivildienst

Für die Meldepflicht bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst gilt § 204 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

5. § 29 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Leistung“ durch das Wort „Rente“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Für das Verfahren ist § 201 Abs. 6 des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

6. § 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 eingefügt:
„Zu den nach Satz 1 wahrzunehmenden Aufgaben gehört der Abschluss von Verträgen nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur, wenn die betroffenen Krankenkassen dies vereinbaren.“
- c) In dem neuen Satz 4 wird nach der Angabe „Satz 2“ die Angabe „und 3“ eingefügt.

7. § 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.“

8. In § 38 Satz 3 wird die Angabe „§ 220 Abs. 2 und 3 sowie § 222“ durch die Angabe „§ 220 Abs. 2 und 3, §§ 222 und 243“ ersetzt.

9. § 39 Abs. 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.“

10. § 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 Wörter „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.“

11. § 42 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „nach“ der folgende Satzteil durch die Wörter „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.

12. 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.“

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

„Siebter Abschnitt

Medizinischer Dienst, Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz“.

14. § 56 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden 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 Wörter „gelten die §§ 275 bis 305“ werden durch die Wörter „sind die §§ 275 bis 305b entsprechend anzuwenden“ ersetzt.

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

„Achter Abschnitt

Straf- und Bußgeldvorschriften, Anwendung sonstiger Vorschriften“.

16. § 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 Daten 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. 8 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.

17. Nach § 65 wird folgender § 66 angefügt:

„§ 66

Einsparungen ab dem Jahr 2004

Für die Verwendung der Einsparungen ab dem Jahr 2004 ist § 220 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

Artikel 11

Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, das zuletzt durch Artikel 10 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden jeweils nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „sowie der zusätzliche Beitragssatz“ eingefügt.

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ die Wörter „sowie dem zusätzlichen Beitragssatz“ eingefügt.

2. In § 42 Abs. 2 werden nach der Angabe „(§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ die Wörter „sowie dem zusätzlichen Beitragssatz“ eingefügt.

3. In § 48 Abs. 3 werden nach dem Wort „Hälfte“ ein Semikolon und die Wörter „den zusätzlichen Beitragssatz trägt der Rentner allein“ eingefügt.

Artikel 12

Änderung des
Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 21. Juni 2002 (BGBl. I S. 2167), wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 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 werden die Wörter „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.
3. In § 16 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „ergebenden Beitrages“ die Wörter „sowie den sich nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrag“ eingefügt.

Artikel 13

Änderung des
Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17b Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) geändert worden ist, werden die Wörter „Abs. 1 Satz 2 und die Beschlüsse nach § 137e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1“ gestrichen.

Artikel 14

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 6 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Leistungen, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, und ab dem Jahr 2007 auch Leistungen im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, und“.
 - b) Satz 4 erster Halbsatz wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 5 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) In Nummer 7 wird das Semikolon durch das Wort „oder“ ersetzt.
 - cc) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. zusätzliche Kosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum;“.

2. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrags. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,4 vom Hundert vereinbart werden. Voraussetzung für die Vereinbarung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Der für das jeweilige Jahr vereinbarte Betrag wird zu dem nach den Vorgaben des Absatzes 1 verhandelten Gesamtbetrag hinzugerechnet; dabei darf abweichend von Absatz 1 Satz 4 die Veränderungsrate überschritten werden. Die für die einzelnen Jahre vereinbarten Beträge verbleiben kumulativ im Gesamtbetrag. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 19 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.“

Artikel 15

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe e werden die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b oder“ gestrichen.
2. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe e werden die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b oder“ gestrichen.
 - b) Nach Absatz 12 werden folgende Absätze 13 und 14 angefügt:

„(13) Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 Satz 1. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,4 vom Hundert vereinbart werden. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht. Der dem Kranken-

haus nach den Sätzen 1 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vmhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Soweit für die Jahre 2003 und 2004 entsprechende Beträge nach § 6 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung vereinbart wurden, sind diese aus dem Erlösbudget auszugliedern und ab dem Jahr 2005 durch den Zuschlag nach Satz 5 zu finanzieren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.

(14) Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden in den Jahren 2004 bis 2006 außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vmhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der Mehrkosten einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses mit dem Zuschlag nach Absatz 13 zusammenzufassen.“

3. In § 6 Abs. 2 Satz 6 werden die Wörter „Ausschusses Krankenhaus“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.
4. § 8 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Zu- und Abschläge nach § 5 und ein Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14,“
 - b) In Nummer 4 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

„5. Zuschläge nach den §§ 139c und 91 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
5. Dem § 10 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) In den ab dem 1. Januar 2007 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 insgesamt abgerech-

neten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Artikel 16

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil 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. In § 1 Abs. 3 werden nach dem Wort „Psychotherapeuten“ ein Komma und die Wörter „medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte“ eingefügt.
2. § 16 Abs. 1 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.“
3. 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.“
4. In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe in der Klammer wie folgt gefasst:

„(§ 95d Abs. 3 und 5 und § 95 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“.
5. In § 32 Abs. 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten.“
6. § 32b wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird Satz 2 aufgehoben und folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.“
 - b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 95d Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
7. § 46 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe b werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „oder des medizinischen Versorgungszentrums“ eingefügt.
 - bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort „Arzt“ ein Komma und die Wörter „das medizinische

Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung“ eingefügt.

- cc) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Arzt“ ein Komma und die Wörter „des medizinischen Versorgungszentrums oder der sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtung“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 werden in Buchstabe b der Punkt gestrichen und folgende Buchstaben c und d angefügt:
- „c) § 97 nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem medizinischen Versorgungszentrum 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 17

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 40 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702), wird wie folgt geändert:

- Dem § 1 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Diese Verordnung gilt für medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Zahnärzte entsprechend.“
- § 16 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder droht.“
- In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe in der Klammer wie folgt gefasst:

„(§ 95d Abs. 3 und 5 und § 95 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“.
- In § 32 Abs. 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Eine Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten.“
- § 32b wird wie folgt geändert:
 - In Absatz 1 wird Satz 2 aufgehoben und folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.“

- b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 95d Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

6. § 46 wird wie folgt geändert:

- Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - In Buchstabe b werden nach dem Wort „Zahnarztes“ die Wörter „oder des medizinischen Versorgungszentrums“ eingefügt.
 - In Buchstabe c werden nach dem Wort „Zahnarzt“ ein Komma und die Wörter „das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung“ eingefügt.
 - In Buchstabe d werden nach dem Wort „Zahnarzt“ ein Komma und die Wörter „des medizinischen Versorgungszentrums oder der sonstigen zahnärztlich geleiteten Einrichtung“ eingefügt.
- In Absatz 2 werden in Buchstabe b der Punkt gestrichen und folgende Buchstaben c und d angefügt:

„c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Zahnarztes in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 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 18

Änderung der Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Bundesausschüsse und Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen

Die Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Bundesausschüsse und Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch die Verordnung vom 12. März 1980 (BGBl. I S. 282), wird wie folgt geändert:

- Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen (Ausschussmitglieder-Verordnung – AMV)“.
- In § 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Mitglieder“ die Wörter „der Bundes-“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt und nach dem Wort „und“ das Wort „der“ eingefügt.
- § 2 wird aufgehoben.

4. In § 3 Abs. 2 Satz 1 werden das Wort „Ärzte“ durch das Wort „Körperschaften“ ersetzt und nach dem Wort „Stellvertreter“ die Wörter „sowie die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter“ gestrichen.

5. § 7 wird wie folgt gefasst:

„§ 7

Reisekosten für Mitglieder
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten Reisekosten nach den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Beamten des Bundes nach der Reisekostenstufe C. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

6. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Satz 1 wird Absatz 1.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Die Kosten für die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten tragen die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte) und die beteiligten Verbände der Krankenkassen je zur Hälfte. Der auf die Verbände der Krankenkassen jeweils entfallende Anteil bemisst sich nach der Zahl der von ihnen in die Ausschüsse entsandten Vertreter; das gilt entsprechend für die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte), wenn an einem Ausschuss mehrere Vereinigungen beteiligt sind.“

Artikel 19

Änderung der Schiedsamtverordnung

In § 19 Satz 3 der Schiedsamtverordnung in der im Bundesgesetzblatt 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 20

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 Artikel 1 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3352), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung des Gesetzes wird wie folgt gefasst:

„Gesetz
über das Apothekenwesen
(Apothekengesetz – ApoG)“.

2. In § 1 Abs. 2 werden nach den Wörtern „eine Apotheke“ die Wörter „und bis zu drei Filialapotheken“ eingefügt.

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

„(4) Die Erlaubnis zum Betrieb mehrerer öffentlicher Apotheken ist auf Antrag zu erteilen, wenn

1. der Antragsteller die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 bis 3 für jede der beantragten Apotheken erfüllt und

2. die von ihm zu betreibende Apotheke und die von ihm zu betreibenden Filialapotheken innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen.

(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 (Filialapotheke) hat der Betreiber schriftlich einen Apotheker als 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.“

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

5. In § 4 Abs. 2 wird die Angabe „§ 8 Satz 2“ durch die Angabe „§ 8 Satz 2 auch in Verbindung mit Satz 4“ ersetzt.

6. 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.“

7. Dem § 8 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten für Apotheken nach § 2 Abs. 4 entsprechend.“

8. In § 9 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „einer Apotheke“ die Wörter „oder von Apotheken nach § 2 Abs. 4“ eingefügt.

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

„§ 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.“

10. Nach § 11 werden folgende §§ 11a und 11b 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 er schriftlich versichert, dass er im Falle der Erteilung der Erlaubnis folgende Anforderungen erfüllen wird:

1. Der Versand wird aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb und nach den dafür geltenden Vorschriften erfolgen, soweit für den Versandhandel keine gesonderten Vorschriften bestehen.
2. Mit einem Qualitätssicherungssystem wird sichergestellt, 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 natürliche Person oder einen benannten Personenkreis beinhalten,
 - c) die Patientin oder der Patient auf das Erfordernis hingewiesen wird, mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen, sofern Probleme bei der Medikation auftreten und
 - d) die Beratung durch pharmazeutisches Personal in deutscher Sprache erfolgen wird.
3. Es wird sichergestellt, dass
 - a) innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Eingang der Bestellung das bestellte Arzneimittel versandt wird, soweit das Arzneimittel in dieser Zeit zur Verfügung steht, es sei denn, es wurde eine andere Absprache mit der Person getroffen, die das Arzneimittel bestellt hat; soweit erkennbar ist, dass das bestellte Arzneimittel nicht innerhalb der in Satz 1 genannten Frist versendet werden kann, ist der Besteller in geeigneter Weise davon zu unterrichten,
 - b) alle bestellten Arzneimittel geliefert werden, soweit sie im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes in den Verkehr gebracht werden dürfen und verfügbar sind,
 - c) für den Fall von bekannt gewordenen Risiken bei Arzneimitteln ein geeignetes System zur Meldung solcher Risiken durch Kunden, zur Information der Kunden über solche Risiken und zu innerbetrieblichen Abwehrmaßnahmen zur Verfügung steht,
 - d) eine kostenfreie Zweitzustellung veranlasst wird,
 - e) ein System zur Sendungsverfolgung unterhalten wird und
 - f) eine Transportversicherung abgeschlossen wird.

Im Falle des elektronischen Handels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Apotheke auch über die dafür geeigneten Einrichtungen und Geräte verfügen wird.

§ 11b

(1) Die Erlaubnis nach § 11a ist zurückzunehmen, wenn bei ihrer Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 11a nicht vorgelegen hat.

(2) Die Erlaubnis ist zu widerrufen, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 11a weggefallen ist. Die Erlaubnis kann widerrufen werden, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass der Erlaubnisinhaber entgegen einer vollziehbaren Anordnung der zuständigen Behörde die Apotheke nicht den Anforderungen des § 11a Satz 1 Nr. 1 bis 3, Satz 2 oder einer Rechtsverordnung nach § 21 entsprechend betreibt.

(3) Wird der Versandhandel ohne Erlaubnis betrieben, gilt § 5 entsprechend.“

11. 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.

12. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Mit 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 Nummer 1a eingefügt:

„1a. die Anforderungen an den Versand, an den elektronischen Handel einschließlich Versand, an die Beratung und Information in Verbindung mit diesem Arzneimittelhandel und Sicherstellung der ordnungsgemäßen Aushändigung dieser Arzneimittel an den Endverbraucher, an Dokumentationspflichten 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 ist und die Risiken unverhältnismäßig sind,“.

cc) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

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

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 4 können 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. Bestellformular und dort aufgeführte Angaben,
3. Fragebogen zu für die Arzneimitteltherapie relevanten Angaben, soweit diese aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich sein können,
4. Informationen zur Arzneimittelsicherheit,
5. Vermittlungsart und -qualität der Information,
6. Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle und Qualitätsbestätigung,
7. Zielgruppenorientierung,
8. Transparenz,
9. Urheberschaft der Webseite und der Informationen,
10. Geheimhaltung und Datenschutz,
11. Aktualisierung von Informationen,
12. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner für Rückmeldungen,
13. Zugreifbarkeit auf gesundheits- oder arzneimittelbezogene Daten oder Inhalte,
14. Verlinkung zu anderen Webseiten und sonstigen Informationsträgern,
15. Einrichtungen zur Erkennung und Überprüfung des Status der Überwachung oder Überprüfung der Apotheke und der Webseite sowie deren Grundlagen.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

13. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 1 wird folgende neue Nummer 1 vorangestellt:

„1. wer entgegen § 2 Abs. 5 Nr. 2 einen Verantwortlichen nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig benennt,“.

bb) Die bisherigen Nummern 1 bis 3 werden die Nummern 2 bis 4.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen

des Absatzes 1 Nr. 2 mit einer Geldbuße bis zu zwanzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1, 3 und 4 und des Absatzes 2 mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.“

14. § 32 wird aufgehoben.

Artikel 21

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Artikel 2 Nr. 2 der Verordnung vom 18. Oktober 1999 (BGBl. I S. 2059), 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 werden in Nummer 3 der Punkt durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummern 4 und 5 angefügt:

„4. bei einer Hauptapotheke nach § 2 Abs. 5 Nr. 1 des Apothekengesetzes der Inhaber der Erlaubnis nach § 2 Abs. 4 des Apothekengesetzes,

5. bei einer Filialapotheke nach § 2 Abs. 5 Nr. 2 des Apothekengesetzes der vom Betreiber benannte Verantwortliche.“

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Neben dem Apothekenleiter nach Absatz 1 Nr. 5 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 ein-

wandfreie 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) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 durch folgende Sätze ersetzt:

„Das gilt nicht für das Nachtdienstzimmer, für Betriebsräume, die ausschließlich der Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern dienen oder 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. Diese Räume müssen jedoch in angemessener Nähe zu den übrigen Betriebsräumen liegen.“

4. § 14 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Soweit es sich bei den Arzneimitteln um Teilmengen von Fertigarzneimitteln handelt, sind auf den Behältnissen und, soweit verwendet, den äußeren Umhüllungen die Angaben der Kennzeichnung des Fertigarzneimittels sowie Name und Anschrift der Apotheke anzugeben und außerdem eine Ausfertigung der Packungsbeilage beizufügen.“

5. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Arzneimittel dürfen, außer im Falle des § 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 Zustellung durch Boten ist im begründeten Einzelfall zulässig“ durch die Wörter „Zustellung durch Boten der Apotheke ist im Einzelfall ohne Erlaubnis nach § 11a des Apothekengesetzes zulässig“ ersetzt 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. 5 bis 7 und 9 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 den 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. der Besteller in geeigneter Weise davon unterrichtet wird, wenn erkennbar ist, dass die Versendung des bestellten Arzneimittels nicht innerhalb der in § 11a Nr. 3 Buchstabe a des Apothekengesetzes genannten Frist erfolgen kann,
4. alle bestellten Arzneimittel, soweit sie im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes in den Verkehr gebracht werden dürfen und verfügbar sind, geliefert werden,
5. für den Fall von bekannt gewordenen Risiken bei Arzneimitteln dem Kunden Möglichkeiten zur Meldung solcher Risiken zur Verfügung stehen, der Kunde über ihn betreffende Risiken informiert wird und zur Abwehr von Risiken bei Arzneimitteln innerbetriebliche Abwehrmaßnahmen durchgeführt werden,
6. die behandelte Person darauf hingewiesen wird, dass sie mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen soll, sofern Probleme bei der Anwendung des Arzneimittels auftreten,
7. 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,
8. eine kostenfreie Zweitzustellung veranlasst wird und
9. ein System zur Sendungsverfolgung unterhalten wird.

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.“

- d) In Absatz 4 wird das Wort „unverzüglich“ durch die Wörter „in einer der Verschreibung angemessenen Zeit“ ersetzt.
- e) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „den Verschreibungen“ die Wörter „und den damit verbundenen Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Arzneimittelversorgung“ eingefügt.

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 aufgehoben.

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.“
8. § 34 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 wird die Angabe „Satz 2“ gestrichen.
 - b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Buchstaben b, c, f, g, j und l wird jeweils die Angabe „§ 2 Abs. 2 Satz 2“ durch die Angabe „§ 2 Abs. 2 Satz 2 und 3“ ersetzt.
 - bb) In Buchstabe e wird die Angabe „oder die in § 25 genannten Waren“ gestrichen.
 - c) In Nummer 3 wird der Buchstabe g aufgehoben.

Artikel 22

Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens

Das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 13. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3586), 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 Teleshopping 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 Angabe „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 23

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3586), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3352), 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 Wörter „; 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“ ein Komma und die Angabe „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 Patientinnen und Patienten näher geregelt und die jeweils nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu ergreifenden Maßnahmen bestimmt.“

4. § 73 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 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 eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, welche für den Versandhandel nach ihrem nationalen

Recht, soweit es dem deutschen Apothekenrecht im 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“.

- b) Dem Absatz wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesministerium veröffentlicht in regelmäßigen Abständen eine aktualisierte Übersicht über die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die anderen Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums, in denen für den Versandhandel und den elektronischen Handel mit Arzneimitteln dem deutschen Recht vergleichbare Sicherheitsstandards bestehen.“

5. § 78 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach 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 entsprechend der Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung anzupassen.“

- b) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:

„Satz 2 gilt nicht für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.“

Artikel 24

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. § 1 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Ausgenommen sind die Preisspannen und Preise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Fertigarzneimitteln“ ein Komma und die Wörter „die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind,“ eingefügt.

- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte dürfen auf den Herstellerabgabepreis ohne die Umsatzsteuer höchstens Zuschläge nach Absatz 4 oder 5 sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“

- b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) Der Höchstzuschlag nach Absatz 1 Satz 1 ist bei einem Herstellerabgabepreis

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

(3) Der Höchstzuschlag nach Absatz 1 Satz 1 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.“

- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Höchstzuschlag“ wird die Angabe „nach Absatz 1 Satz 2“ eingefügt und die Wörter „vom Hundert“ werden jeweils durch das Wort „Prozent“ ersetzt.

- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Höchstzuschlag“ wird die Angabe „nach Absatz 1 Satz 2“ eingefügt und die Wörter „vom Hundert“ werden jeweils durch das Wort „Prozent“ ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken sind zur Berechnung des Apothekenabgabepreises ein Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,10 Euro sowie die Umsatzsteuer zu erheben. Soweit Fertigarzneimittel, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken zur Anwendung bei Tieren abgegeben werden, dürfen zur Berechnung des Apothekenabgabepreises abweichend von Satz 1 höchstens ein Zuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,10 Euro sowie die Umsatzsteuer erhoben werden. Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, durch die Apotheken dürfen zur Berechnung des Apothekenabgabepreises höchstens Zuschläge nach Absatz 3 oder 4 sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“

- b) In Absatz 3 werden das Wort „Festzuschlag“ durch die Wörter „Höchstzuschlag nach Absatz 1 Satz 3“ und die Wörter „vom Hundert“ jeweils durch das Wort „Prozent“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 werden das Wort „Festzuschlag“ durch die Wörter „Höchstzuschlag nach Absatz 1 Satz 3“ und die Wörter „vom Hundert“ jeweils durch das Wort „Prozent“ ersetzt.
4. In § 4 Abs. 1 werden die Wörter „vom Hundert“ jeweils durch das Wort „Prozent“ ersetzt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „vom Hundert“ durch das Wort „Prozent“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Angabe „1,53 Euro“ durch die Angabe „2,50 Euro“, die Angabe „3,07 Euro“ durch die Angabe „5,00 Euro“ und die Angabe „4,60 Euro“ durch die Angabe „7,00 Euro“ ersetzt.
6. In § 6 wird die Angabe „1,53 Euro“ durch die Angabe „2,50 Euro“ ersetzt.
7. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 3 Abs. 2 bis 4“ durch die Angabe „§ 3 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 bis 4“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „vom Hundert“ jeweils durch das Wort „Prozent“ ersetzt.

Artikel 25

Aufhebung der Verordnung über die Zuzahlung bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Verordnung über die Zuzahlung bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung vom 9. September 1993 (BGBl. I S. 1557), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 12. November 2002 (BGBl. I S. 4409), wird aufgehoben.

Artikel 26

Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler

Das Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637, 4642) wird aufgehoben.

Artikel 27

Änderung der Sonderurlaubsverordnung

In § 12 Abs. 3 Satz 5 der Sonderurlaubsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. April 1997 (BGBl. I S. 978), 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 28

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

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

1. § 36a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

2. § 36b erhält folgende Fassung:

„§ 36b

Hilfe bei

Schwangerschaft und Mutterschaft

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden

1. ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. Pflege in einer Anstalt oder einem Heim und
4. häusliche Pflege nach § 69b Abs. 1 gewährt.“

3. 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.“

4. § 38 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „ , Fahrkosten“ gestrichen.
- b) In Absatz 1 werden das Komma und die Wörter „soweit in diesem Gesetz keine andere Regelung getroffen ist“ gestrichen.
- c) Absatz 2 wird aufgehoben.
- d) Absatz 3 wird Absatz 2 und es wird folgender Satz angefügt:
„Hilfen werden nur in dem durch Anwendung des § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erzielbaren geringsten Umfang geleistet.“
- e) Die Absätze 4 bis 6 werden die Absätze 3 bis 5.

Artikel 29

Änderung der Regelsatzverordnung

In § 1 Abs. 1 Satz 2 der Regelsatzverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2170-1-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1983) geändert worden ist, werden die Wörter „sowie für Körperpflege und für Reinigung“ durch die Wörter „ , für Körperpflege, für Reinigung sowie die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 des Gesetzes übernommen werden“ ersetzt.

Artikel 30

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 Artikel 4 des Gesetzes vom 10. September 2003 (BGBl. I S. 1774) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„es sei denn, es handelt sich um eine Gesundheitskarte im Sinne des § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
2. 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 31

Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes

In § 19 Abs. 3 des Arbeitssicherstellungsgesetzes vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), das zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 6 oder 7“ ersetzt.

Artikel 32

Änderung des Mutterschutzgesetzes

In § 15 des Mutterschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318) wird das Komma am Ende der Nummer 5 durch einen Punkt ersetzt und die Nummer 6 aufgehoben.

Artikel 33

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 durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Erteilung der Forschungsaufträge nach Absatz 1 Satz 3 beauftragt werden.“
2. Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

Artikel 34

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 14, 16 bis 19, 21, 24, 27 und 29 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 35

Gesetz

zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen

§ 1

Durchführung von Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen

Die zu vereinigenden Kassenärztlichen Vereinigungen haben die nach § 77 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung erforderlichen Organisationsänderungen im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder bis zum 30. Juni 2004 durchzuführen.

§ 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 und 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und deren 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 seiner Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Vorstandes und deren Stellvertreter. Hierbei sind § 79 Abs. 4 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung anzuwenden. Sofern auf Grund der Regelungen nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch neue Kassenärztliche Vereinigungen durch Zusammenlegung gebildet werden, kann die Anzahl der Vorstandsmitglieder durch Satzungsbeschluss für die Übergangszeit einer Wahlperiode auf bis zu fünf Mitglieder erweitert werden.

§ 4

Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Die Mitglieder der Vertreterversammlung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 wählen bis zum 30. November 2004 die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Hierbei sind § 79 Abs. 2 und § 80 Abs. 1 und 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung anzuwenden.

den. Die konstituierende Sitzung hat 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 die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Vorstandes und deren 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

Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird zum 1. Januar 2004 errichtet. Der Gemeinsame Bundesausschuss tritt die Rechtsnachfolge der Ausschüsse nach den §§ 91, 137c und 137e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung an. Der Gemeinsame Bundesausschuss tritt in die Rechte und Pflichten der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss nach § 137e Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung ein, insbesondere in die Dienst- und Beschäftigungsverhältnisse der am 31. Dezember 2003 bei der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss angestellten Bediensteten und Beschäftigten in der zu diesem Zeitpunkt gültigen vertraglichen Fassung.

(2) Die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses bestellen bis zum 31. Januar 2004 die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder.

(3) Bis zur Bestellung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses nimmt der Vorsitzende des Ausschusses nach § 137e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses wahr. Außerdem fassen die Ausschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin Beschlüsse, die als Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gelten; Entsprechendes gilt für Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Richtlinien und sonstige Beschlüsse der Ausschüsse nach den §§ 91, 137c, 137e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vereinbarungen nach § 137 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung bleiben bestehen; sie können vom Gemeinsamen Bundesausschuss geändert und aufgehoben werden.

§ 7

Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen

Neu errichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei denen die Abstimmung nach § 148 Abs. 2 und § 158

Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am 9. September 2003 noch nicht durchgeführt worden ist, können bis zum 1. Januar 2007 in ihren Satzungen keine Regelungen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorsehen.

§ 8

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 36

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 1. Januar 2004 an geltenden Fassungen im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 37

Inkrafttreten

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

(2) Artikel 5 Nr. 4 (§ 28k) tritt mit Wirkung vom 1. April 2003 in Kraft.

(3) Artikel 35 § 7 tritt mit Wirkung vom 9. September 2003 in Kraft.

(4) In Artikel 1 Nr. 133 tritt in § 173 Abs. 2 der Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Wirkung vom 26. September 2003 in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 23 (§ 35) und 118 (§ 140g) tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

(6) Artikel 25 tritt am Tage des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 31 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft.

(7) Artikel 1 Nr. 92 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 129 Abs. 1 Satz 3 bis 5) tritt am Tage nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Festbeträge nach § 35 Abs. 5 Satz 4 in Kraft. Der Tag des Inkrafttretens ist vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Bundesgesetzblatt bekannt zu geben.

(8) Artikel 1 Nr. 13 (§ 27), 15 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 28 Abs. 2 Satz 1), Nr. 17 (§ 30), in Nummer 36 die §§ 55, 58 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 59, Nr. 48 Buchstabe b (§ 73 Abs. 2), Nr. 53 (§ 77), 56 (§ 79a), 57 (§ 79b), 58 (§ 80), 66 Buchstabe b (§ 87 Abs. 1a), Nr. 67 Buchstabe a (§ 87a Satz 1), Nr. 68 (§ 88), 74 Buchstabe d (§ 95 Abs. 5), Nr. 76a (§ 96), 152a (§ 266), 182 Buchstabe b (§ 311 Abs. 4), Artikel 2 Nr. 01 (§ 28 Abs. 4 Satz 2), 3 (§ 79), 4 (§ 81), 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buch-

stabe c (§ 85 Abs. 2 Satz 8 und Abs. 4b) und Artikel 5 Nr. 3 (§ 28d) treten am 1. Januar 2005 in Kraft.

(9) Artikel 1 Nr. 145 (§ 241a), 146 (§ 245), 147 (§ 247), 149 (§ 249), 150 (§ 249a) und 151 (§ 257), Artikel 2 Nr. 2 (§ 73b Abs. 3), 6 (§ 83), 7 Buchstabe a und b

Doppelbuchstabe aa (§ 85 Abs. 1 und 2 Satz 1), Nr. 8 (§ 217) und 9 (§ 248) sowie Artikel 11 und 12 Nr. 3 (§ 16) treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

(10) Artikel 2 Nr. 1 (§ 71 Abs. 4) und 5 (§ 82) treten am 1. Januar 2007 in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 14. November 2003

Der Bundespräsident
Johannes Rau

Der Bundeskanzler
Gerhard Schröder

Die Bundesministerin
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt

Der Bundesminister
für Wirtschaft und Arbeit
Wolfgang Clement

Die Bundesministerin
für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft
Renate Künast