

Beschlussempfehlung und Bericht **des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 16/2474 –

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer
Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

A. Problem

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004, der Deutsche Zahnärztetag 2004 und nachfolgend der 7. Deutsche Psychotherapeutentag 2006 haben das jeweilige Berufsrecht liberalisiert und flexibilisiert. Diese berufsrechtlichen Änderungen sind in das Vertragsarztrecht zu transformieren.

In einigen Regionen, insbesondere in den neuen Ländern, besteht kurz- und mittelfristig die Gefahr von Versorgungsengpässen, zu deren Behebung die bisherigen Sicherstellungsinstrumente ergänzt werden müssen.

Bei der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes hat sich gezeigt, dass Klarstellungsbedarf hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gründung medizinischer Versorgungszentren besteht, der Einzug der Praxisgebühr teilweise auf Schwierigkeiten stößt und die Patientenbeteiligung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht ausreichend verankert ist. Die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich ist auf Grund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs nicht mehr zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt 1. Januar 2007 möglich. Zur Förderung der integrierten Versorgung bedarf es einer Verlängerung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Anschubfinanzierung.

B. Lösung

1. Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/2474 in der Ausschussfassung

Auf der individuellen Vertragsarztebene sieht der Gesetzentwurf vor, die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften und die Tätigkeit an weiteren Orten zu erleichtern, die Anstellung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten zu lockern sowie die Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren ganz und die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren in unterversorgten Planungsbereichen aufzuheben. Auf der Landesebene wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ermöglicht,

noch wirksamer auf die Beseitigung von Versorgungslücken hinzuwirken, und zwar auch dann, wenn der (gesamte) Planungsbereich nicht unterversorgt ist. Darüber hinaus wird die wirtschaftliche Situation der Heilberufe in den neuen Ländern dadurch verbessert, dass der Vergütungsabschlag bei der Honorierung der Privatbehandlung in den entsprechenden staatlichen Gebührenordnungen aufgehoben wird.

Die Schwierigkeiten bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren, bei der Eintreibung der Praxisgebühr sowie bei der Umsetzung der Patientenbeteiligung werden durch gesetzliche Klarstellungen beseitigt. Die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich wird auf den 1. Januar 2009 verschoben. Die Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung wird verlängert.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/2474 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

2. Annahme einer Entschließung

Annahme mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE.

C. Alternativen

Ablehnung oder Annahme unter Berücksichtigung der im Ausschuss mehrheitlich abgelehnten und im Ausschussbericht dargestellten Änderungsvorschläge der Fraktionen DIE LINKE. bzw. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen als Beihilfekostenträger durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung Mehraufwendungen von jährlich rd. 6,5 Mio. Euro.

E. Sonstige Kosten

Die Erstattung weiterer Kosten der Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene belastet die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen insgesamt mit ca. 0,3 Mio. Euro. Die Mehrausgaben der Krankenkassen für Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen im Beitrittsgebiet belaufen sich auf jährlich rd. 3,8 Mio. Euro.

Durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung erhöhen sich die Ausgaben der privaten Krankenversicherung um jährlich rd. 15 Mio. Euro.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

I. den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/2474 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. In der Eingangsformel werden die Wörter „mit Zustimmung des Bundesrates“ gestrichen.

2. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Vor Nummer 1 wird folgende Nummer 01 eingefügt:

„01. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die 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), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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.“

b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten, in denen die 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), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden.“ ‘

b) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 4a bis 4c eingefügt:

„4a. In § 85a Abs. 1 und § 85b Abs. 1 Satz 1 wird jeweils die Angabe „1. Januar 2007“ durch die Angabe „1. Januar 2009“ ersetzt.

4b. § 85c wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 3 werden aufgehoben.

b) In Absatz 2 wird die Absatzbezeichnung „(2)“ gestrichen.

4c. § 85d wird aufgehoben.‘

c) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.““

bb) Nach Buchstabe c wird folgender Buchstabe c1 eingefügt:

,c1) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das hälftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.““

cc) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

,d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen.“

bb) Im bisherigen Satz 2 werden die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt und nach dem Wort „Halbsatz“ die Wörter „länger als sechs Monate“ eingefügt.“

dd) In Buchstabe g werden in Satz 1 des neu eingefügten Absatzes 9a nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter“ eingefügt.

d) Nach Nummer 5 wird folgende neue Nummer 5a eingefügt:

,5a. Dem § 95a Abs. 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bis zum 31. Dezember 2008 ist eine dem Satz 1 entsprechende mindestens dreijährige Weiterbildung ausnahmsweise ausreichend, wenn nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften eine begonnene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, für die eine Dauer von mindestens drei Jahren vorgeschrieben war, wegen der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das dem Arzt die Personensorge zustand und

mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, die Weiterbildung unterbrochen worden ist und nach den landesrechtlichen Vorschriften als mindestens dreijährige Weiterbildung fortgesetzt werden darf. Satz 2 gilt entsprechend, wenn aus den dort genannten Gründen der Kindererziehung die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vor dem 1. Januar 2006 nicht möglich war und ein entsprechender Antrag auf Eintragung in das Arztregister auf der Grundlage einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Weiterbildung bis zum 31. Dezember 2008 gestellt wird.““

e) Nummer 6 wird wie folgt geändert:

aa) Es werden die folgenden neuen Buchstaben a und b eingefügt:

,a) In Nummer 4 wird das Wort „und“ durch die Wörter „unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner sowie über“ ersetzt.

b) In Nummer 6 werden nach dem Wort „Arztregister“ die Wörter „sowie über die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner“ eingefügt.

bb) Die bisherigen Buchstaben a bis d werden die Buchstaben c bis f.

cc) Der neue Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

,d) Nummer 12 wird aufgehoben.“

f) Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

,10. § 103 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4a Satz 4 zweiter Halbsatz werden nach der Angabe „Satz 5“ die Wörter „oder erst seit dem 1. Januar 2007“ eingefügt.

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

„(4b) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.““

g) In Nummer 13 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

h) Nummer 14 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aaa) In Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

bbb) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

,bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „verwendeten Mittel“ die Wörter „spätestens zum 31. März 2009“ eingefügt.“

bb) In den Buchstaben b und c wird jeweils die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

i) Nach Nummer 14 werden die folgenden Nummern 14a und 14b eingefügt:

,14a. Die Überschrift des Zwölften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zwölfter Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist.“

14b. § 140e wird wie folgt gefasst:

„§ 140e

Verträge mit Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist

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 in Staaten abschließen, in denen die 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) in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.“

j) Nach Nummer 15 wird folgende Nummer 15a eingefügt:

,15a. Dem § 222 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) In der Satzung der Krankenkasse sind die Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung und für Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kassenart nach § 265a aufgewendet werden, gesondert auszuweisen.“

k) Nach Nummer 15a wird folgende Nummer 15b eingefügt:

,15b. § 265a wird wie folgt gefasst:

„§ 265a

Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit und zur Entschuldung

(1)Die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen haben mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen

a) in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit oder

b) zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart

vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Abweichend von § 64 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches können die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen nach Satz 1 Buchstabe b mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden.

(2) Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Hilfen nach Absatz 1 Satz 1 können als Darlehen gewährt und befristet werden. Sie sollen mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Die Satzungsbestimmungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b sind bis zum 31. Januar 2007 zu beschließen und müssen sicherstellen, dass der Umfang der Hilfeleistungen ausreicht, um bei den Krankenkassen der Kassenart den Abbau der am 31. Dezember 2005 bestehenden Verschuldung nach § 222 bis zum 31. Dezember 2007 zu gewährleisten. Die Satzung hat zu bestimmen, in welchem Umfang die Antrag stellende Krankenkasse zu diesem Zweck ihren allgemeinen Beitragssatz anheben muss. Bei der Aufteilung der Hilfen nach Satz 1 ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Kassenart, insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven, angemessen zu berücksichtigen.

(4) Abweichend von Absatz 3 Satz 1 können die Satzungsregelungen der Spitzenverbände nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b vorsehen, dass die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 abzubauen ist, wenn der jeweilige Spitzenverband bis zum 31. Januar 2007 nachprüfbar darlegt, warum auf Grund der besonderen Umstände bei Krankenkassen seiner Kassenart die Verschuldung nicht bis zum 31. Dezember 2007 abgebaut werden kann und wie der Abbau der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 erfolgen soll.

(5) Krankenkassen, die am 31. Dezember 2005 eine Verschuldung aufweisen, haben bis zum 31. Januar 2007 ihrer Aufsichtsbehörde nachprüfbar darzulegen, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 beseitigt werden soll.

(6) Klagen gegen Bescheide zur Umsetzung der Satzungsregelung nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b haben keine aufschiebende Wirkung.““

1) In Nummer 17 Buchstabe b wird dem § 285 Abs. 3 folgender Satz angefügt:

„Sie dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte genannten Aufgaben erforderlich ist.“

3. In Artikel 2 wird die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

4. Artikel 3 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch(BGBl. I S.), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e werden nach dem Wort „werden,“ die Wörter „oder ab dem Jahr 2009 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Erlösbudget enthalten sind,“ eingefügt.
2. In § 19 Abs. 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „in den Jahren 2005 und 2006“ gestrichen.
3. In Anlage 1 „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)“ wird in Abschnitt B2 lfd. Nr. 6 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.“
5. In Artikel 4 Nr. 1 werden in Absatz 1a Satz 1 Nr. 2 nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „oder Kassenzahnärztliche Vereinigung“ eingefügt.
6. Artikel 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 4 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.“
 - b) In Nummer 5 werden in § 19a Abs. 3 Satz 3 die Wörter „mit Ausnahme des § 25“ gestrichen.
 - c) Nummer 7 Buchstabe a wird wie folgt geändert:
 - aa) In § 24 Abs. 3 wird Satz 4 aufgehoben.
 - bb) In § 24 Abs. 4 Satz 1 wird das Wort „Auflagen“ durch das Wort „Nebenbestimmungen“ ersetzt.
 - d) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. § 25 wird aufgehoben.“
 - e) Nach Nummer 8 werden die folgenden Nummern 8a, 8b und 8c eingefügt:
 - „8a. In § 26 Abs. 1 werden vor dem Wort „Ruhe“ die Wörter „vollständige oder hälftige“ eingefügt.
 - 8b. In § 27 Satz 1 werden vor dem Wort „Entziehung“ die Wörter „vollständige oder hälftige“ eingefügt.
 - 8c. § 31 Abs. 9 wird aufgehoben.“
 - f) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. Dem § 32 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt.““

7. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

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

„1a. § 4 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.“

b) In Nummer 5 werden in § 19a Abs. 3 Satz 3 die Wörter „mit Ausnahme des § 25“ gestrichen.

c) Nummer 7 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) In § 24 Abs. 3 wird Satz 4 aufgehoben.

bb) In § 24 Abs. 4 Satz 1 wird das Wort „Auflagen“ durch das Wort „Nebenbestimmungen“ ersetzt.

d) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. § 25 wird aufgehoben.“

e) Nach Nummer 8 werden die folgenden Nummern 8a, 8b und 8c eingefügt:

„8a. In § 26 Abs. 1 werden vor dem Wort „Ruhe“ die Wörter „vollständige oder hälftige“ eingefügt.

8b. In § 27 Satz 1 werden vor dem Wort „Entziehung“ die Wörter „vollständige oder hälftige“ eingefügt.

8c. § 31 Abs. 9 wird aufgehoben.“

f) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. Dem § 32 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt.““

8. Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 8

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2007 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 5a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2006 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 15a und 15b tritt mit Wirkung vom ... (Einfügen: Tag der dritten Lesung) in Kraft und am 31. Dezember 2008 außer Kraft.“

II. folgende EntschlieÙung anzunehmen:

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

bis zum 31. Dezember 2010 dem Deutschen Bundestag über die Erfahrungen mit den vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes insbesondere zu den örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften sowie zur Tätigkeit außerhalb des Vertragsarzt- oder Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten (Zweigpraxis) zu berichten. Dabei sollte auch darauf eingegangen werden, ob durch diese Regelungen die Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung der Versicherten gesteigert wurde.

Berlin, den 25. Oktober 2006

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Martina Bunge
Vorsitzende

Dr. Harald Terpe
Berichterstatter

Bericht des Abgeordneten Dr. Harald Terpe

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/2474 in seiner 52. Sitzung am 22. September 2006 in Erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Der Gesetzentwurf sieht im Wesentlichen Maßnahmen in folgenden Bereichen vor:

1. Vertragsarztrechtliche Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung

Organisationsrechtliche Erleichterungen der Leistungserbringung durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen:

- Künftig können sie ohne Begrenzung Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen.
- Vertragsärzte können gleichzeitig auch als angestellte Ärzte in einem Krankenhaus arbeiten.
- Vertragsärzte dürfen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten vertragsärztlich tätig sein, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.
- Die vertragsärztlichen Leistungserbringer können örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden. Sie können die gemeinsame Erbringung auf einzelne Leistungen beschränken, soweit es sich nicht um die fachgebietsüberschreitende Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen handelt.
- Zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen soll der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränkt werden können (sog. Teilzulassung).
- Der in § 102 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehene Auftrag an den Gesetzgeber, Verhältniszahlen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung festzulegen, wird ersatzlos gestrichen.

2. Vertragsärztliche Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

- Das Merkmal „fachübergreifend“ als Errichtungsvoraussetzung wird konkretisiert.
- In einem Krankenhaus angestellte Ärzte dürfen gleichzeitig in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten.
- Sofern das medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert wird, bedarf es als Zulassungsvoraussetzung einer Bürgschaftserklärung der Gesellschafter.

3. Vertragsärztliche Regelungen zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen

- Die Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten wird aufgehoben in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat.

- Die Altersgrenze für das gesetzliche Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der Tätigkeit von angestellten Ärzten in MVZ und Vertragsarztpraxen wird bei Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss gesetzlich hinausgeschoben, bis der Landesausschuss die Unterversorgung aufgehoben hat.
 - Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aufgegeben, in Richtlinien zu regeln, in welcher Höhe bei der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen in überversorgten Gebieten wegen eines lokalen Versorgungsbedarfs Ausnahmen von der an sich bei einer Anstellung in überversorgten Gebieten bestehenden Leistungsbegrenzung gemacht werden können.
 - Auf der Landesebene wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte auch in nicht unterversorgten Gebieten ermöglicht, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.
 - Der in den neuen Ländern geltende Vergütungsabschlag für privat(zahn)ärztliche Leistungen sowie für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der GKV wird aufgehoben.
4. Sonstige Maßnahmen, insbesondere zur Verbesserung der Umsetzung von mit dem GKV-Modernisierungsgesetz getroffenen Regelungen
- Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird bis zum 31. Dezember 2007 verlängert.
 - Vertragsärzte und MVZ können in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen Hochschullehrer für Allgemeinmedizin anstellen.
 - Es wird klargestellt, dass das im GKV-Modernisierungsgesetz zur Sicherung der Patientenbeteiligung eingeführte Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung umfasst. Außerdem wird die finanzielle Absicherung der Patientenbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien durch die Einführung einer Aufwandsentschädigung verbessert.
 - Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen sollen den Anspruch auf die Praxisgebühr durch Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten geltend machen können, wenn Versicherte trotz gesonderter schriftlicher Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen. Zudem werden einem Versicherten Gerichtskosten auferlegt, wenn er ohne triftige Gründe gegen den Verwaltungsakt klagt.
5. Verschiebung des Zeitpunktes für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich

Der Zeitpunkt der für die Einführung der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird auf den 1. Januar 2009 verschoben und die Ausgestaltung der Verordnungsermächtigung entsprechend angepasst.

Der Bundesrat hat in seiner 824. Sitzung am 7. Juli 2006 zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen und mehrere Änderungen vorgeschlagen. So gehen dem Bundesrat u. a. die geplanten Neuregelungen zur Festlegung der Verantwortung für den Einzug der so genannten Praxisgebühr nicht weit genug: Den Kassenärztlichen Vereinigungen soll auch ermöglicht werden, vorgerichtliche Mahnkosten, eine Verzinsung sowie die Kosten des notwendig gewordenen Verwaltungsaktes geltend zu machen. Darüber hinaus sollte ein Klagender die Verfahrenskosten auch dann zu tragen haben, wenn die Verweigerung der Zuzahlung unrechtmäßig war. In ihrer Gegenäußerung lehnt die Bundesregierung die Vorschläge ab, da sie im Widerspruch zu dem Grundsatz stünden, dass für das Verfahren bei den Behörden nach dem Sozialgesetzbuch keine Gebühren und Auslagen erhoben werden, bzw. da die vorzeitige Einführung einer partiellen Unterliegensgebühr im Widerspruch zu der auch von der Bundesregierung für erforderlich erachteten, breit angelegten Untersuchung zur Überprüfung der Einführung von Unterliegensgebühren im sozialgerichtlichen Verfahren stünde. Hingegen stimmt die Bundesregierung grundsätzlich zu, die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung des

Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes ruhen zu lassen, um die Möglichkeit, dies hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen, zu ergänzen sowie analog die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung in bestimmten Fällen zu entziehen, um die Möglichkeit einer hälftigen Entziehung, zu ergänzen. Keine Notwendigkeit sieht die Bundesregierung für die vom Bundesrat vorgesehenen Änderungen betreffend den Vorrang des landesrechtlichen Berufsausübungsrechts der betroffenen Heilberufe: Die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen machten deutlich genug, dass evtl. berufsrechtliche Zulässigkeitshindernisse unberührt blieben. Dem gegenüber stimmte die Bundesregierung zu, die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, die es Hochschullehrern für Allgemeinmedizin ermöglicht, als angestellte Ärzte außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Beschränkung des Praxisumfangs in der Praxis eines an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes beschäftigt zu werden, auch auf deren wissenschaftliche Mitarbeiter zu erstrecken. Weitere Vorschläge betreffend die Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte, die Beschäftigung von Zahnärzten ohne Approbation als Assistenten in einer Vertragszahnarztpraxis sowie die vollständige Aufhebung des Vergütungsabschlags von 10 Prozent für die Leistungserbringung in den neuen Ländern und in Ostberlin erst im Jahr 2010 lehnt die Bundesregierung ab.

III. Stellungnahmen des mitberatenden Ausschusses

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 18. Sitzung am 25. Oktober 2006 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfohlen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss beschlossenen Änderungen anzunehmen. Ferner hat er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfohlen, eine Entschließung anzunehmen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im Ausschuss für Gesundheit

A. Allgemeiner Teil

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat seine Beratungen in der 23. Sitzung am 27. September 2006 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu dem Gesetzentwurf sowie zu den im Rahmen der Einführung angekündigten Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD durchzuführen, sofern diese rechtzeitig auch den Sachverständigen vorliegen. In der 24. Sitzung am 18. Oktober 2006 hat er die Beratung fortgesetzt und beschlossen, die in der folgenden Sitzung stattfindende Anhörung tatsächlich auch auf die zwischenzeitlich eingebrachten und eingeführten Änderungsanträge zu erstrecken, in Bezug auf den Änderungsantrag betreffend die Zustimmungsfreiheit aufgrund der Föderalismusreform sowie die Änderungsanträge betreffend die Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung in Satzungen und der finanziellen Hilfen zur Entschuldung jedoch eine gesonderte öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Die erste öffentliche Anhörung fand in der 25. Sitzung am 18. Oktober 2006 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V. (VdAK/AEV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundesärztekammer (BÄK), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Arbeitsgemeinschaft der

Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., Bundesverband Deutscher Belegärzte e.V., Deutscher Hausärzterverband e.V., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK), Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ), Bundesverband Managed Care e.V. (BMC), Bundesversicherungsamt (BVA), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv), Deutscher Behindertenrat (DBV), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), Deutscher Anwaltverein (DAV).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Wolfgang Abeln, Prof. Dr. Peter Axer, Dr. Stefan Etgeton und Prof. Dr. Christian Pestalozza eingeladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Die zweite öffentliche Anhörung fand in der 26. Sitzung am 23. Oktober 2006 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V. (VdAK/AEV), Bundesversicherungsamt (BVA).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Axel Azzola, Friedrich Wilhelm Bluschke, Prof. Johannes Hager, Prof. Dr. Werner Heun, Dr. Rolf Hoberg, Bodo Holzmann, Rolf Dieter Müller, Gerhard Schulte und Prof. Dr. Helge Sodan eingeladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 27. Sitzung am 25. Oktober 2006 hat der Ausschuss die Beratung fortgesetzt und abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE., eine Entschließung anzunehmen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat im Wesentlichen Änderungen zu den folgenden Regelungsbereichen beschlossen:

- Durch Änderungen des § 13 SGB V und des § 140e SGB V wurde den Versicherten eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungserbringern in der Schweiz ermöglicht.
- Um das derzeit in der vertragsärztlichen Versorgung geltende Vergütungssystem mit Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäben in den Jahren 2007 und 2008 noch rechtssicher anwenden zu können, wurden die Fristen in den §§ 85a und 85b SGB V auf den 1. Januar 2009 verschoben. Zudem wurde § 85c SGB V geändert und § 85d SGB V aufgehoben, weil diese Regelungen so nicht mehr umzusetzen sind und die in der Gesundheitsreform vorgesehene neue Vergütungsreform erst zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden kann.
- Für Ärztinnen und Ärzte, die wegen Kindererziehungszeiten die nach geltendem Recht lediglich bis zum 31. Dezember 2005 ausreichende dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

- nicht fristgerecht beenden oder sich auf Grund einer solchen Facharztanerkennung nicht fristgerecht in das Arztregister eintragen konnten, wurde in § 95a SGB V eine Ausnahmeregelung aufgenommen, nach der diese Frist bis zum 31. Dezember 2009 verlängert wird.
- Entsprechend dem Vorschlag des Bundesrates wurden die Vorschriften zur sog. Teilzulassung um Vorschriften ergänzt, die es den Zulassungsausschüssen ermöglichen, die Zulassung eines Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes nur hälftig ruhen zu lassen oder nur hälftig zu entziehen.
 - In die Vorschrift des § 95 Abs. 9 SGB V, die der Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen hausärztlichen Kompetenz von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin dient, wurden – ebenfalls entsprechend einem Vorschlag des Bundesrates – die wissenschaftliche Mitarbeiter der Hochschullehrer einbezogen.
 - Die Vorschriften, mit denen eine Zulassung oder Ermächtigung eines Arztes oder eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen wird, wurden ganz gestrichen.
 - Die in § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V enthaltene Privilegierung von in medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzten, die es diesen ermöglicht, nach einer fünfjährigen Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum auch dann eine Zulassung erhalten, wenn der entsprechende Planungsbereich gesperrt ist, wurde für Ärzte, die erst nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Tätigkeit in einem medizinischem Versorgungszentrum aufnehmen, aufgehoben.
 - Die Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung wird bis zum 31. Dezember 2008 verlängert.
 - Eine Neufassung des § 265a SGB V, mit der die bisherigen Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse oder zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit verpflichtend ausgestaltet und um die Zwecksetzung der Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen der Kassenart, die grundsätzlich bis zum 31. Dezember 2007 zu erfolgen hat, erweitert werden. Zudem werden die Kassen verpflichtet, in der Satzung die Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung und für finanzielle Hilfen im Rahmen der Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kassenart aufgewendet werden, gesondert auszuweisen.
 - Die Regelungen zur Kostenerstattung der Ärzte für wahlärztliche Leistungen werden als Folge der mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004 vorgenommenen Verlängerung der Konvergenzphase für die Angleichung der Krankenhausbudgets an ein einheitliches Preisniveau auf Landesebene entsprechend verlängert, indem die bisher enthaltene Frist gestrichen wird. Über diese Thematik wird im Rahmen des geplanten gesonderten Gesetzgebungsverfahrens zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 entschieden.

Dabei wurde einzeln über die verschiedenen Gruppen von Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD abgestimmt:

Im Ergebnis hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und DIE LINKE. empfohlen, die Änderungsanträge auf A.-Drs. 16(14)107 bzw. A.-Drs. 16(14)119 anzunehmen, in denen es im Wesentlichen um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz, Anpassungsbedarf aufgrund ablaufender Fristen, die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung und Ausnahmen vom Inkrafttreten zum 1. Januar 2007 geht. Mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat er empfohlen, die Änderungsanträge auf A.-Drs. 16(14)110 bzw. A.-Drs. 16(14)120 anzunehmen, in denen es um die Zustimmungsfreiheit aufgrund der Föderalismusreform sowie die finanziellen Hilfen zur Entschuldung der Kassen geht. Mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Enthaltung der Fraktion DIE LINKE. hat der Ausschuss die Annahme der Änderungsanträge auf A.-Drs. 16(14)0118 empfohlen, mit denen im Wesentlichen Forderungen des Bundesrates sowie Erkenntnisse aus den öffentlichen Anhörungen aufgenommen wurden, darunter die Ergänzung der Regelungen zur Teilzulassung, die Praxistätigkeit von Hochschullehrern, die Änderung der Regel zur Zulassung von zuvor in MVZ tätigen Ärzten sowie die Aufhebung der Altersgrenze für die Erstzulassung und die Ermächtigung.

Abgelehnt hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. den folgenden Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

„Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 4a (§ 85 3d Satz 7) (Vergütung der ostdeutschen Vertragszahnärzte)

Nummer 4a wird wie folgt neu gefasst:

„Dem §85 Absatz 3d wird ein Satz 8 angefügt: Die Regelungen dieses Absatzes gelten für die vertragszahnärztliche und die psychotherapeutische Vergütung entsprechend.“

Begründung

Mit der Anfügung erfolgt die Klarstellung, dass die Regelung des Absatzes auch auf die vertragszahnärztliche Vergütung sowie die Vergütung von Psychotherapeuten angewendet wird.

Eine solche Klarstellung forderte bereits der Petitionsausschuss des Bundestages in der Begründung seiner Beschlussempfehlung zum Petitionsverfahren 2-15-15-2122-020115. Unter Bezugnahme auf den Wortlaut des geltenden § 85 Abs. 3d SGB V und des gebotenen Rückgriffs auf die Grundsatznorm § 72 Abs. 1 Satz 2 des SGB V begründete der Petitionsausschuss, dass § 85 Abs. 3d SGB V auch für den vertragszahnärztlichen Bereich Geltung habe. Er sah jedoch für die Umsetzung des § 85 Abs. 3d SGB V eine Klarstellung durch den Gesetzgeber für angezeigt.

Die Bundesregierung hat ihrerseits in der Vergangenheit dargestellt, die jetzige Regelung beziehe sich nicht auf die vertragszahnärztliche Vergütung.⁴

Vorgelegen hat zudem der folgende Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, über den nicht abgestimmt wurde, da er sich auf einen Aspekt der Stellungnahme des Bundesrates bezog und die Ablehnung des Änderungsantrags der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zur Ergänzung der Regelungen zur Teilzulassung zum Gegenstand hatte:

„Antrag zu Nr. 2 der Stellungnahme des Bundesrates
(Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c 1 – neu – und Buchstabe d (§ 95 Abs. 5 – neu –, Abs. 6 Satz 1a – neu –, Satz 2 SGB V),
Zu Artikel 5 Nr. 8a und 8b – neu – (§ 26 Abs. 1 und § 27 Satz 1 Ärzte-ZV) und
Zu Artikel 6 Nr. 8a und 8b – neu – (§ 26 Abs. 1 und § 27 Satz 1 Zahnärzte-ZV)

Den Änderungsvorschlägen des Bundesrates wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung soll entgegen der Gegenäußerung der Bundesregierung nicht verändert werden.“

Die Positionierung der einzelnen Fraktionen hierzu ergibt sich aus ihrem Stimmverhalten bei der Abstimmung über die Änderungsanträge auf A.-Drs. 16(14)118.

Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sowie zwei Stimmen seitens der Fraktion der FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und einer Stimmenthaltung seitens der Fraktion der FDP die folgenden Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt:

– „Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 5c (§ 95 Abs. 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5c wird angefügt:

„Der § 95 Abs. 3 SGB V wird um einen Satz 4 ergänzt:

Der Umfang der Zulassung ist bei Regelungen zur Steuerung und Begrenzung der abgerechneten Leistungen entsprechend zu berücksichtigen.“

Begründung:

Die vorgesehene Möglichkeit von Teilzulassungen wird damit begründet, dass sie zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen werden. Dies ist nachvollziehbar und zu begrüßen. Allerdings ist es mit den herkömmlichen Steuerungsinstrumenten nicht möglich, die Leistungserbringung eines teilzugelassenen Vertragsarztes, der weitere Teile seiner Arbeitszeit in anderen Sektoren einsetzt, zu erfassen. Insofern bedarf es für den Begriff „Teilzulassung“ einer genaueren Definition. Diese Form der Zulassung sollte erst dann möglich sein, wenn ein Steuerungsinstrument entwickelt wurde, das die gesamte Leistungserbringung des Vertragsarztes über die Sektorengrenzen hinweg erfasst.

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 5f und Artikel 1 Nr. 8 (§ 95 Abs. 9 SGB V und (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5f wird nach Satz 1 der Neufassung von § 95 Abs. 9 folgender Satz 2 eingefügt: „Diese Regelung ist wirksam, solange der angestellte Arzt bzw. die angestellten Ärzte in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsgebiet tätig werden.“

Es wird folgende Nr. ddd) in Artikel 1 Nr. 8 a) aa) eingefügt:

„In § 101 Abs. 1 Nr. 5 wird als letzter Satz folgende Ergänzung eingefügt: „Diese Regelung ist wirksam, solange der angestellte Arzt bzw. die angestellten Ärzte in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsgebiet tätig werden.“

Begründung:

Eine Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten wird ausschließlich für den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung unterstützt. Werden die Möglichkeiten der Anstellung von Ärzten auch in „nicht zulassungsbeschränkten“ Planungsbereichen geöffnet (Versorgungsgrad kleiner 110 %), so hätten Vertragsärzte es leichter als bisher, in vollversorgten oder sogar fast überversorgten Planungsbereichen Fuß zu fassen und würden in unterversorgten Planungsbereichen erst recht fehlen. Eine Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten in „nicht zulassungsbeschränkten“ Planungsbereichen ist aus diesem Grunde contraproduktiv.

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 102 und § 103 Abs.4 SGB V)

Der bisherige Artikel 1 Nr.9 entfällt ersatzlos und wird ersetzt durch:

„In § 103 Absatz 4 SGB V werden ein neuer Satz 6 und Satz 7 eingefügt, der alte Satz 6 wird zu Satz 8:

Satz 6:

„Bei der Auswahl der Bewerber sind vorrangig solche Bewerber zu berücksichtigen, die mindestens für die Dauer von fünf Jahren als niedergelassener Vertragsarzt in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Vertreter eines Vertragsarztes im Sinne von § 32 Ärzte-ZV, als Weiterbildungsassistent oder Entlastungsassistent im Sinne von § 32 Ärzte-ZV oder als Dauerassistent im Sinne von § 32 b Ärzte-ZV in einem Planungsbereich tätig waren, für den der Landesausschuss Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung gemäß § 100 SGB V festgestellt hat.“

Satz 7:

„Der Praxisnachfolger hat bei der Übernahme der Praxis in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich für die Dauer von fünf Jahren einen Sicherstellungsabschlag in Höhe von 10

Prozent des durchschnittlichen vertragsärztlichen Umsatzes je Arzt der Facharztgruppe an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen.“

Begründung

Die Regelung in § 102 SGB V sollte laut Begründung dazu dienen, zur Beendigung der Überversorgung beizutragen. Nach wie vor stellt die Überversorgung und die damit einhergehende Fehlallokation von Ärzten ein erhebliches Versorgungsproblem dar. § 102 SGB V ersatzlos zu streichen, setzt insofern das Fehlsignal, Überversorgung sei keine Problematik, die, wenn schon nicht beseitigt, dann zumindest reduziert werden müsse. Die Einführung der Festlegung von Verhältniszahlen für niedergelassene hausärztliche und fachärztliche Versorgung erscheint weiterhin dringend erforderlich, da insbesondere der hausärztliche Bereich unter Nachwuchsproblemen zu leiden hat.

Für die Steuerungsaufgabe der Zulassungsausschüsse müssen finanzielle Reize gesetzt werden, um eine weitere Zunahme ärztlicher Tätigkeit in überversorgten Gebieten zu verhindern und Ärzte für die Tätigkeit in unterversorgten Regionen gewinnen zu können. Deshalb sollten Ärzte, die sich in überversorgten Gebieten neu niederlassen, mit einem Abschlag in Höhe von 10 Prozent des durchschnittlichen vertragsärztlichen Umsatzes abgeschreckt werden. Gleichzeitig werden Ärzte, die bereits in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten mindestens fünf Jahre ärztlich tätig waren, vorrangig bei der Vergabe von Kassenarztsitzen behandelt.

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 6c) und Artikel 5 Nr.7 (§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V und § 24 Arzt-ZV)

Artikel 1 Nr. 6c) wird wie folgt geändert:

„In Nummer 13 wird das Wort ‚gemeinsam‘ durch die Wörter ‚an weiteren Orten in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen‘ ersetzt.“

In Artikel 5 Nr. 7 wird in § 24 Abs. 3 nach der Angabe ‚an den weiteren Orten‘ die Angabe ‚in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen‘ eingefügt.

Begründung

Eine Flexibilisierung der Möglichkeit, Zweigpraxen zu eröffnen, wird ausschließlich für den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung unterstützt. Werden die Möglichkeiten der Eröffnung von Zweigpraxen auch in ‚nicht zulassungsbeschränkten‘ Planungsbereichen geöffnet (Versorgungsgrad kleiner 110 %), so wäre es einfacher als bisher, in vollversorgten oder sogar fast überversorgten Planungsbereichen Fuß zu fassen und die Ärzte würden in unterversorgten Planungsbereichen erst recht fehlen. Eine Flexibilisierung der Eröffnung von Zweigpraxen in ‚nicht zulassungsbeschränkten‘ Planungsbereichen ist aus diesem Grunde kontraproduktiv.‘

Im Verlauf der Ausschussberatungen verwies die Vertreterin der **Bundesregierung** auf die erste öffentliche Anhörung, in der auch eine mögliche Verbesserung der Patientenbeteiligung thematisiert worden sei. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) habe zur administrativen Unterstützung der Koordinierung für die Patientenbeteiligung bereits eine Sachbearbeiterstelle eingerichtet. Darüber hinaus könnte die Geschäftsstelle des G-BA aufgrund ihrer Servicefunktion für alle Beteiligten die Patientenorganisationen inhaltlich (medizinisch und rechtlich) weiter unterstützen. Diese Unterstützung der Patientenseite stehe mit dem Gesetz im Einklang; die Neutralität der Geschäftsstelle wäre dadurch nicht eingeschränkt, denn ihre Arbeit beschränke sich nicht nur auf rein formale Aufgaben. Vielmehr erstrecke sie sich auch auf inhaltliche Aspekte, nämlich die rechtliche und medizinische Beratung der Ausschüsse.

In der Beratung verwiesen die Mitglieder der **Fraktionen der CDU/CSU und SPD** auf die nicht nur von den Sachverständigen, sondern wiederholt auch von den Oppositionsfraktionen begrüßten Vorschläge zur Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertrags(zahn)arztrechts. Mit Blick auf die Signalwirkung für die Entwicklung dieses Rechtsgebiets sei es falsch und unverständlich, wenn die übrigen Fraktionen nun eine Verknüpfung zum geplanten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz herstellten und unter Hinweis auf die Vorschläge zur Entschuldung der Krankenkassen und zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) den Gesetzentwurf insgesamt ablehnten. Das Solidaritätsprinzip in der GKV sei festgeschrieben, auch für den Konkursfall, und die Beiträge der Versicherten bildeten nicht das Vermögen einzelner Kassen. Bereits im geltenden Recht gebe es für Kassen im Westen und Osten Fristen für die Entschuldung. Die Vorgaben aus dem GKV-Modernisierungsgesetz seien von den Kassen jedoch unterschiedlich umgesetzt worden, so dass der Gesetzgeber nun den Druck aufrecht erhalten müsse, um das Ziel der Entschuldung aller Kassen tatsächlich zu erreichen. Spielraum eröffne die aufgenommene Regelung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen könnten, den Zeitraum für den Abbau der Verschuldung um ein Jahr bis Ende 2008 zu verlängern, wenn auf Grund der Besonderheiten bei Krankenkassen der betroffenen Kassenart das Entschuldungsziel nicht bis zum 31. Dezember 2007 erreicht werden könne. Damit könne den unterschiedlichen Gegebenheiten der einzelnen Kassenarten, insbesondere der unterschiedlichen Verschuldungshöhe, Rechnung getragen werden. Perspektivisch werde auch das geplante GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Entlastung für Kassen mit besonders vielen Versicherten mit hoher Morbidität bringen, da diese dann höhere Zuweisungen aus dem geplanten Gesundheitsfonds erhielten. Insofern seien die Hinweise der Oppositionsfraktionen auf die ursprünglich im GMG vorgesehene Rechtsverordnung zum M-RSA überholt und führten in der dringend lösungsbedürftigen Frage der Entschuldung nicht weiter.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** bedauerten, dass durch Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eine Verknüpfung mit dem geplanten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz entstanden und der Eindruck erweckt worden sei, mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz solle vor allem die Entschuldung der Kassen geregelt werden. Deshalb müsse der Gesetzentwurf abgelehnt werden, auch wenn er viele gute Vorschläge enthalte, insbesondere auch solche, mit denen langjährige Forderungen der Fraktion der FDP aufgegriffen worden seien. Zu begrüßen sei dabei vor allem die Möglichkeit der Zulassung auch nach dem 55. Lebensjahr, die Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren und die Beschäftigung von Kollegen in der eigenen Praxis. Auf die Schuldenproblematik habe die Fraktion der FDP in der Vergangenheit auch im Ausschuss mehrfach hingewiesen. Erst jetzt, mit Blick auf den geplanten Gesundheitsfonds, werde das Problem angegangen, so dass nun Druck entstehe, der ab 2007 zu Rekordbeiträgen führen werde und diejenigen Kassen bestrafe, die bereits unbeliebte Entscheidungen zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage getroffen hätten.

Auch die Mitglieder der **Fraktion DIE LINKE.** erklärten, der ursprüngliche Gesetzentwurf enthalte viele Regelungen, denen sie gern zugestimmt hätten, wie z.B. Maßnahmen gegen die (drohende) Unterversorgung in bestimmten Regionen. Doch die Verknüpfung mit der Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Entschuldung innerhalb der nächsten 1 bis 2 Jahre und die Verschiebung des M-RSA vereitle dies. In unverantwortlicher Weise werde so die Wettbewerbsfähigkeit vieler großer Versorgerkassen aufgehoben. Die sich daraus ergebende Beitragssatzentwicklung werde das Aus für sie bedeuten. In Verbindung mit der im GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz vorgesehenen Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen entstünden für Versicherte und Leistungserbringer bedrohliche Perspektiven. Schuld an der finanziellen Situation der Kassen seien auch die Aufsichtsorgane, der politische Druck, die Beiträge niedrig zu halten sowie von der Regierung zu verantwortende Belastungen der Krankenkassen in Milliardenhöhe u.a. durch Mehrwertsteuererhöhung oder Absenkung des Bundeszuschusses aus der Tabaksteuer.

Die Mitglieder der Fraktion **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßten die Vorschläge auf der vertragsarztrechtlichen Seite, die in eine moderne Richtung wiesen. Die gesetzliche Verschiebung des M-RSA sei jedoch ein Fehler, und das Aufsetzen der sachfremden Entschuldungsregeln vergifte den Gesetzentwurf. Die zweite Anhörung habe gezeigt, dass auch der mit §265a Abs. 4 SGB V eröffnete Spielraum nicht ausreichen werde. Es könne nicht sein, dass die Entschuldung durch die Verpflichtungen zur finanziellen Hilfe zur Entschuldung auf Kosten derjenigen Kassen gehe, die ihre Hausaufgaben gemacht hätten. Noch problematischer werde dies, wenn der M-RSA später komme und dann möglicherweise die jetzt säumigen Kassen später als Gewinner dastünden.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 16/2474 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Nummer 1 (Eingangsformel)

Aufgrund der im Rahmen der Föderalismusreform vorgenommenen Grundgesetzänderungen ist das ursprünglich als zustimmungsbedürftig angesehene Gesetz nunmehr zustimmungsfrei. Die Eingangsformel des Gesetzes ist daher entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 2 (Artikel 1, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (§ 13 – Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz)

Die Regelungen erweitern die Möglichkeiten der Versicherten, Leistungserbringer im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen, und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Künftig können alle Leistungserbringer in Staaten, in denen die VO (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist, in Anspruch genommen werden. Konkret bedeutet dies folgendes: In Anspruch genommen werden können – wie bereits nach bisherigem Recht – alle Leistungserbringer in Staaten des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. In diesen Staaten gilt die VO (EWG) Nr. 1408/71 auf Grund der genannten Verträge. Darüber hinaus können künftig zusätzlich auch Leistungserbringer aus Staaten in Anspruch genommen werden, in denen die VO (EWG) Nr. 1408/71 aus anderen Gründen gilt. Dies ist derzeit bei der Schweizerischen Eidgenossenschaft der Fall, in der die VO (EWG) Nr. 1408/71 auf Grund des "Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit" (BGBl. 2001 II vom 7.9.2001 S. 810) Anwendung findet.

Zu Buchstabe b (§§ 85a bis 85d – Anpassung der Fristen bei der Reform der vertragsärztlichen Vergütung)

Die Verschiebung der Fristen in den §§ 85a und 85b ist notwendig, damit das geltende Vergütungssystem mit Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäben (§ 85) noch in den Jahren 2007 und 2008 rechtssicher angewendet werden kann. Es wird klargestellt, dass die Ablösung dieses Systems einschließlich der bisherigen Budgetierung zum 1. Januar 2009 erfolgt. In der anstehenden Gesundheitsreform werden die §§ 85a und 85b grundlegend modifiziert. Diese weitergehende Vergütungsreform baut aber in einigen Punkten auf den geltenden Regelungen der GMG-Vergütungsreform in §§ 85a und 85b auf. Bis zum Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1. April 2007 bleibt es deshalb in der Verantwortung der Selbstverwaltung, die in §§ 85a und 85b niedergelegten Aufträge zur Umsetzung der Vergütungsreform – insbesondere die Erarbeitung eines diagnosebezogenen Klassifikationssystems durch den Bewertungsausschuss – ohne Unterbrechung fortzuführen.

Durch die Änderung des § 85c und die Aufhebung des § 85d werden die Regelungen der GMG-Vergütungsreform, die sich auf die konkrete Umsetzung dieser Reform in den Jahren 2006 (Erprobungsphase) und 2007 (Echtphase) beziehen, gestrichen. Da die GMG-Regelung so nicht mehr und die neue Vergütungsreform erst zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden wird, können diese Regelungen entfallen. Da es bei der Umstellung der Berechnung der Gesamtvergütungen auf das sog. Wohnortprinzip für alle Krankenkassen im Jahr 2006 bleibt, wird der im bisherigen Recht geregelte Inhalt des Absatzes 2 des § 85c aber unverändert beibehalten und zum alleinigen Inhalt der Vorschrift.

Zu Buchstabe c (§ 95 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

Zu Doppelbuchstabe aa (Absatz 1 – Änderung eines fehlerhaften Verweises)

Zu § 95 Abs. 1

Zu Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, da Satz 2 des geltenden Rechts – anders als Absatz 2 Satz 5 – versehentlich nur Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 in Bezug nimmt.

Zu Sätze 3, 4 und 5

Der Gesetzesbefehl entspricht dem bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Gesetzesbefehl.

Zu Doppelbuchstaben bb und cc (Absätze 5 und 6 – Ergänzung der Regelungen zur Teilzulassung)

Die Änderungen ergänzen die in diesem Gesetz vorgesehenen Vorschriften, mit denen die Möglichkeit eröffnet wird, zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollenzeitigen Tätigkeit zu beschränken (sog. Teilzulassung).

Nach geltendem Recht kann der Zulassungsausschuss die Zulassung ruhen lassen, wenn der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt seine Tätigkeit nicht entsprechend dem Versorgungsauftrag aufnimmt oder ausübt, oder die Zulassung entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt die Tätigkeit nicht aufnimmt, nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt (§ 95 Abs. 5 und Abs. 6 Satz 1 SGB V). Die Konsequenzen des Ruhens oder des Entzuges einer Zulassung sind für den einzelnen Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt gravierend.

Mit der Änderung unter Buchstabe a wird daher die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung des Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes gänzlich ruhen zu lassen, um die Möglichkeit ergänzt, die Zulassung nur hälftig ruhen zu lassen. Diese Regelung steht im Einklang mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeit des Arztes, den Versorgungsauftrag von sich aus auf die Hälfte einer vollenzeitigen Tätigkeit ("Teilzulassung") zu beschränken und führt dazu, dass auch der Zulassungsausschuss künftig angemessener z.B. auf die Gründe des Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes für die Nichtaufnahme seiner Tätigkeit reagieren kann.

Analog wird durch die Einfügung eines neuen Satzes 2 in Absatz 6 (Buchstabe b) die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung in den genannten Fällen zu entziehen, durch die Möglichkeit einer hälftigen Entziehung ergänzt.

Die Änderungen im bisherigen Satz 2 des Absatzes 6 entsprechen dem bisherigen Gesetzesbefehl unter Buchstabe d und wurden nur redaktionell angepasst.

Zu Doppelbuchstabe dd (Absatz 9a – Praxistätigkeit von Hochschullehrern)

Durch die Erweiterung der Anstellungsmöglichkeit auf die wissenschaftlichen Mitarbeiter wird dem Erfordernis Rechnung getragen, dass gerade auch diese Berufsgruppe ihre praktische hausärztliche Kompetenz erhalten und fortentwickeln muss.

Zu Buchstabe d (§ 95a Abs. 2 – Übergangsregelung zur Vorgabe einer mindestens fünfjährigen Weiterbildung bei Kindererziehungszeiten)

Seit dem 1. Januar 2006 ist nach § 95a Abs. 2 in Verbindung mit Absatz 1 Nr. 2 Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister und damit für die Zulassung als Vertragsarzt bei Fachärzten zur Allgemeinmedizin, dass sie eine mindestens fünfjährige Weiterbildung absolviert haben (vgl. Art. 22 Abs. 3 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I, S. 2626, 2655)). Bis zu diesem Zeitpunkt bestand die Möglichkeit, mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildung eine entsprechende Registereintragung und Zulassung zu erlangen.

Die Vorgabe einer mindestens fünfjährigen Weiterbildung hat dazu geführt, dass verschiedenen Ärztinnen und Ärzten, die eine drei- oder vierjährige Weiterbildung absolviert haben, bisher aber aus Gründen der Kindererziehung und der fehlenden Möglichkeit der Aufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit noch keine Arztregistereintragung beantragt haben oder beantragen konnten, nach dem Wortlaut der Vorschriften seit dem 1. Januar 2006 der Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit versagt werden musste. Eine ähnliche Problematik besteht für Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund weiterbildungsrechtlicher Übergangslösungen in den Kammerbereichen ebenfalls in Zusammenhang mit Kindererziehungszeiten noch einen Anspruch darauf haben, die einmal begonnene allgemeinmedizinische Weiterbildung als dreijährige Weiterbildung zu beenden.

Die Ergänzung des § 95a Abs. 2 sieht daher für die vorgenannten Fälle eine Ausnahme vor, nach der für eine dreijährige Übergangszeit ausnahmsweise eine mindestens dreijährige Weiterbildung für Allgemeinmedizin als ausreichend angesehen wird, wenn diese vor dem Stichtag begonnen und noch ableistbar ist oder davor abgeschlossen und nicht für eine Berufsaufnahme benutzt werden konnte. Die Ausnahmeregelung tritt rückwirkend zum 1. Januar 2006 in Kraft (vgl. Änderung der Inkrafttretensregelung in Artikel 8).

Zu Buchstabe e (§ 98 Abs. 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (Verordnungsermächtigung)

Durch die Änderung der Nummer 4 wird klargestellt, dass bei der Bemessung der Verwaltungsgebühren nicht nur der mit der Amtshandlung verbundene Verwaltungsaufwand, sondern auch die Bedeutung, der wirtschaftliche Wert oder der sonstige Nutzen der Amtshandlung für den Gebührenschuldner zu berücksichtigen ist.

Die Änderung der Nummer 6 stellt klar, dass die Verordnungsermächtigung entsprechend der Regelung für die Zulassungsausschüsse in Nummer 3 und 4 nicht nur die Befugnis zur Regelung des Verfahrens, sondern auch der Verfahrensgebühren umfasst. Bei der Bemessung der Verwaltungsgebühren sind – wie bei den Ausschussgebühren nach Nummer 4 – neben dem Verwaltungsaufwand die Bedeutung, der wirtschaftliche Wert oder der sonstige Nutzen der Amtshandlung für den Gebührenschuldner zu berücksichtigen.

Zu Doppelbuchstabe bb (Verordnungsermächtigung)

Folgeänderung aufgrund der neu eingefügten Buchstaben a und b.

Zu Doppelbuchstabe cc (Aufhebung der Altersgrenze für die Erstzulassung)

§ 98 Abs. 2 Nr. 12 enthält die Vorgabe an den Ordnungsgeber, in den Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte Vorschriften über den Ausschluss einer Zulassung oder Ermächtigung von

Ärzten und Zahnärzten, die das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet haben, aufzunehmen. Ein Bedürfnis für einen solchen Zulassungs- und Ermächtigungsausschluss wird nicht mehr gesehen. Die Vorgabe an den Verordnungsgeber, in den Zulassungsverordnungen entsprechende Vorschriften aufzunehmen, wird daher gestrichen.

Zu Buchstabe f (§ 103 – Zulassungsbeschränkungen)

Zu § 103

Zu Absatz 4a – Zulassung von zuvor in MVZ tätigen Ärzten

§ 103 Abs. 4a Satz 4 enthält bislang das Privileg für Ärzte, die mindestens fünf Jahre in einem medizinischem Versorgungszentrum tätig waren, unbeschadet angeordneter Zulassungsbeschränkungen in dem selben Planungsbereich eine Zulassung zu erhalten. Dieses Privileg wird mit der vorgesehen Änderung künftig gestrichen, da es zum einen die Überversorgung fördert und zum anderen auch eine Ungleichbehandlung derjenigen Ärzte darstellt, die nicht als Angestellte in einem MVZ, sondern – wie nach künftigem Recht möglich – als Angestellte in einer Arztpraxis tätig werden. Ärzte, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes in einem medizinischem Versorgungszentrum tätig sind, werden aus Gründen des Bestandsschutzes von der Änderung ausgenommen.

Zu Absatz 4b

Der Änderungsbefehl übernimmt den im Gesetzentwurf bereits enthaltenen Änderungsbefehl.

Zu Buchstabe g (§ 140b – Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung)

Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung.

Zu Buchstabe h (§ 140d – Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung)

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Da die Neuregelung der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung zum 1. Januar 2009 erfolgt, ist die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung bis zum 31. Dezember 2008 zu verlängern.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Mittel der Anschubfinanzierung sind spätestens drei Jahre nach Einbehaltung zu verwenden, nicht verwendete Mittel zurückzuzahlen. Die Regelung stellt klar, dass nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung nach Ablauf des Zeitraums der Anschubfinanzierung, also spätestens zu Beginn des Jahres 2009, zurückzuzahlen sind. Damit wird gewährleistet, dass die zum 1. Januar 2009 erfolgte Neuordnung in der Vergütungsstruktur in der ambulanten Versorgung nicht durch Verrechnungen, die aus der bisherigen Vergütung resultieren, belastet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung.

Zu Buchstabe i (§ 140e – Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 13, die es den Versicherten ermöglicht, zusätzlich zu den Leistungserbringern in Staaten des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auch Leistungserbringer aus der Schweiz in Anspruch zu nehmen (Einzelheiten vgl. Begründung zu § 13). Die Änderung des §

140e eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten auch mit Leistungserbringern in der Schweiz Verträge abzuschließen. Versicherte können damit auch von diesen Leistungserbringern in der Schweiz Sachleistungen erhalten.

Zu Buchstabe j (§ 222 – Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung in Satzungen)

Verschuldete Krankenkassen müssen in ihrer Satzung ausweisen, welcher Anteil des von ihnen erhobenen Beitragssatzes für die Schuldentilgung aufgewandt wird. Gleiches gilt für Finanzhilfen, die im Rahmen der Regelungen nach § 265a SGB V zur Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kassenart geleistet werden. Durch die Regelung wird eine erhöhte Transparenz für die Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse hergestellt. Ergänzend zu dieser Regelung hat das Bundesministerium für Gesundheit durch einen Erlass die Möglichkeit, den Krankenkassen im Rahmen der Vorschriften der monatlichen Statistik über die Mitglieder und Beitragsätze (KM1) eine entsprechende getrennte Ausweisung vorzugeben.

Zu Buchstabe k (§ 265a – Finanzielle Hilfen zur Entschuldung)

Zu § 265a

Zu Absätze 1 und 2

Durch die Neufassung des § 265a werden die bisherigen Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse oder zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit verpflichtend ausgestaltet und um die Zwecksetzung der Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen der Kassenart bis zum 31. Dezember 2007 erweitert. Hierdurch wird den derzeit noch verschuldeten Krankenkassen die Erreichung des in § 222 Abs. 5 gesetzlich vorgegebenen Ziels der Entschuldung bis zum 31. Dezember 2007 erleichtert. Eine termingerechte Entschuldung der noch verschuldeten Krankenkassen ist auch deshalb erforderlich, damit bei Einführung der neuen Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009 alle Krankenkassen schuldenfrei in das neue Wettbewerbssystem starten können.

In Bezug auf die Gewährung finanzieller Hilfen zur Entschuldung sollen die nach Absatz 2 Satz 2 vorgesehenen Auflagen sich auf die Sanierung der verschuldeten Krankenkassen erstrecken.

Außerdem wird die Regelung über die für die Verabschiedung der entsprechenden Satzungsregelung erforderliche Mehrheit geändert, um die verbandsinternen Meinungsbildungsprozesse über die Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a, die sich in der Vergangenheit als sehr aufwendig erwiesen haben, zu erleichtern.

Schließlich wird die bisherige Regelung, wonach Krankenkassen an der Finanzierung einer Hilfe in einer besonderen Notlage einer Krankenkasse nicht teilnehmen, wenn ihr Landesverband der Hilfgewährung nicht zugestimmt hat (§ 265a Abs. 2 Satz 2 und 3 bisheriger Fassung), nicht übernommen. Da die Entschuldung der Krankenkassen Aufgabe aller Mitglieder der Kassenart ist, kann es nicht zur Disposition der Landesverbände stehen, ob ihre Mitgliedskassen sich an der Finanzierung hierfür beteiligen.

Zu Absatz 3

Die Regelung enthält nähere Vorgaben für die Ausgestaltung der Satzungsregelung über die Entschuldung der Krankenkassen der Kassenart. Ziel der Regelung ist es, eine termingerechte Entschuldung zu gewährleisten. Zugleich wird klargestellt, dass nur die Krankenkassen Anspruch auf Unterstützung durch die anderen Krankenkassen der Kassenart haben, die ihrer Verpflichtung, die Verschuldung entsprechend der Vorgaben der Satzung des Spitzenverbands durch Eigenleistungen zu tilgen, nachkommen. Die Satzungen haben zudem die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Mitgliedskassen bei der Aufbringung der erforderlichen Finanzhilfen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

Die Regelung ermöglicht den Spitzenverbänden der Krankenkassen, in ihren Satzungen vorzusehen, dass sich der Zeitraum für den Abbau der Verschuldung nach § 222 bis zum 31. Dezember 2008 verlängert, wenn auf Grund der Besonderheiten bei Krankenkassen der betroffenen Kassenart das Entschuldungsziel nicht bis zum 31. Dezember 2007 erreicht werden kann. Sie trägt damit den unterschiedlichen Gegebenheiten der einzelnen Kassenarten, insbesondere der unterschiedlichen Verschuldungshöhe, Rechnung. Voraussetzung für die Anwendung der Sonderregelung ist, dass der Spitzenverband nachprüfbar darlegt, warum eine Entschuldung nicht bis zum 31. Dezember 2007 möglich ist und wie die Entschuldung bis zum 31. Dezember 2008 erreicht werden kann. Die Darlegungen des Spitzenverbands sind vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Genehmigung der entsprechenden Satzungsregelung zu prüfen. Die verfahrensrechtlichen Vorgaben für den Erlass der Satzungsregelungen zur Entschuldung bleiben unverändert.

Zu Absatz 5

Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen, die am 31. Dezember 2005 auf der Basis der Jahresrechnungsergebnisse 2005 eine Verschuldung aufweisen, zur Vorlage eines Sanierungsplans, aus dem sich ergibt, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 beseitigt werden soll. Die Aufsichtsbehörde hat darauf hinzuwirken, dass die Festlegungen des Sanierungsplans eingehalten werden.

Zu Absatz 6

Um sicherzustellen, dass die Entschuldung aller Krankenkassen termingerecht erreicht werden kann, wird die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen die Zahlungsbescheide, mit denen die kassenarteninternen Hilfen angefordert werden, ausgeschlossen.

Zu Buchstabe I (§ 285 Abs. 3 – Datenfluss bei der Prüfung der Voraussetzungen des Vertreters eines Vertras(zahn)arztes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, mit der klargestellt wird, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen von Vertrags(zahn)ärzten das Recht haben, das Vorliegen der bereits heute geregelten Vertretungsvoraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)arzt oder beim Vertreter zu überprüfen.

Mit der hier vorgenommenen Ergänzung des § 285 Abs. 3 wird die Möglichkeit geschaffen, die hierfür benötigten Daten unmittelbar bei anderen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen einzuholen.

Zu Nummer 3 (Artikel 2, Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Vorschrift nimmt eine Änderung in Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung vor. Da der Altbestand an Leistungen bei der derzeit geltenden Regelung für die Anschubfinanzierung in den Krankenhausbudgets verblieben ist, müssen diese Leistungen nach Ablauf der Anschubfinanzierung aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert werden, soweit sie ab dem Jahr 2009 weiterhin im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden.

Zu Nummer 4 (Artikel 3, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Artikel 3

Zu Nummer 1 (§ 4 KHEntgG)

Die Regelung nimmt eine Änderung in Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung vor. Da der Altbestand an Leistungen bei der derzeit geltenden Regelung für

die Anschubfinanzierung in den Krankenhausbudgets verblieben ist, müssen diese Leistungen nach Ablauf der Anschubfinanzierung aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert werden, soweit sie ab dem Jahr 2009 weiterhin im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden.

Zu Nummer Nr. 2 (§ 19 Abs. 2 KHEntgG)

Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004 wurde die Konvergenzphase für die Einführung der DRG-Fallpauschalen um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2009 verlängert. Als Folge müssen auch die Regelungen zur Kostenerstattung der Ärzte für wahlärztliche Leistungen entsprechend verlängert werden. Dazu werden zunächst die bisher genannten Fristen gestrichen. Eine Neuregelung der Kostenerstattung wird rechtzeitig mit einem gesonderten Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der DRG-Finanzierung, das zum 1. Januar 2009 in Kraft treten soll, vorgenommen.

Zu Nummer 3 (Anlage 1 zum KHEntgG: AEB)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1 zur Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.

Zu Nummer 5 (Artikel 4, Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Nummer 6 (Artikel 5, Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Buchstabe a (§ 4 Abs. 1 – Eintragung ins Arztregister)

Nach künftig geltendem Recht kann ein Vertrags(zahn)arzt in Bezirken verschiedener Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigungen sog. Teilzulassungen erhalten. Dieser Vertrags(zahn)arzt soll nicht nur in beiden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen Mitglied, sondern auch in zwei (Zahn)Arztregister eingetragen werden. Aus diesem Grund wird § 4 Abs. 1 Satz 3 gestrichen, der die Eintragung in ein weiteres Arztregister ausschließt.

Zu Buchstabe b (§ 19a – Aufhebung der Altersgrenze für die Erstzulassung)

Folgeänderung zur Streichung des § 25.

Zu Buchstabe c (§ 24)

Zu Doppelbuchstabe aa (Absatz 3 – Aufhebung der Altersgrenze für die Ermächtigung)

Folgeänderung zur Streichung des § 31 Abs. 9.

Zu Doppelbuchstabe bb (Absatz 4 – Nebenbestimmungen bei der Genehmigung von Zweigpraxen)

Die Änderung dient der Klarstellung, dass eine Genehmigung oder Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nicht nur unter Auflagen erfolgen kann, sondern auch mit anderen Nebenbestimmungen versehen werden kann.

Auflagen sind selbständig durchsetzbare Nebenbestimmungen zu einem Verwaltungsakt. Im Vertrags(zahn)arztrecht besteht jedoch weniger das Erfordernis, eine Genehmigung oder Ermächtigung von selbständig durchsetzbaren Verhaltenspflichten des Vertrags(zahn)arztes abhängig zu machen, als die Genehmigungs- oder Ermächtigungsentscheidung selbst durch Bedingungen und Befristungen zu modifizieren.

Zu Buchstabe d (§ 25 – Aufhebung der Altersgrenze für die Erstzulassung)

§ 25 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Zulassung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Zu §§ 26 und 27 – Folgeänderungen zur Teilzulassung

Folgeänderungen zur Änderung des § 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 - neu -, mit der die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten ruhen zu lassen oder zu entziehen, um die Möglichkeit ergänzt wird, dies nur hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen.

Zu § 31 Abs. 9 – Aufhebung der Altersgrenze für die Ermächtigung

§ 31 Abs. 9 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Ermächtigung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.

Zu Buchstabe f (§ 32 Abs. 1 – Prüfung der Voraussetzungen des Vertreters des Vertragsarztes)

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben bereits auf ihrer 62. Aufsichtsbehördentagung im Mai 2003 gefordert, die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte dahingehend zu ergänzen, dass den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen das Recht eingeräumt wird, die bereits heute geregelten Voraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)arzt und beim Vertreter zu überprüfen.

Mit der vorgesehenen Ergänzung des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV wird deshalb klargestellt, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich ist, ggf. in der Person des Vertreters liegende konkrete Umstände zu erfassen, die eine Eignung für seine Tätigkeit in einer vertragsärztlichen Praxis ausschließen würden.

Durch die "Kann-Regelung" und die Begrenzung auf länger dauernde Vertretungen wird sichergestellt, dass hier kein unnötiges bürokratisches Überprüfungsverfahren aufgebaut wird, den Kassenärztlichen Vereinigungen aber die Möglichkeit einer qualitätssichernden Überprüfung im konkreten Einzelfall eingeräumt wird.

Zu Nummer 7 (Artikel 6, Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Buchstabe a (§ 4 Abs. 1 – Eintragung ins Arztregister)

Nach künftig geltendem Recht kann ein Vertrags(zahn)arzt in Bezirken verschiedener Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigungen sog. Teilzulassungen erhalten. Dieser Vertrags(zahn)arzt soll nicht nur in beiden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen Mitglied, sondern auch in zwei (Zahn)Arztregister eingetragen werden. Aus diesem Grund wird § 4 Abs. 1 Satz 3 gestrichen, der die Eintragung in ein weiteres Arztregister ausschließt.

Zu Buchstabe b (§ 19a – Aufhebung der Altersgrenze für die Erstzulassung)

Folgeänderung zur Streichung des § 25.

Zu Buchstabe c (§ 24)**Zu Doppelbuchstabe aa** (Absatz 3 – Aufhebung der Altersgrenze für die Ermächtigung)

Folgeänderung zur Streichung des § 31 Abs. 9.

Zu Doppelbuchstabe bb (Absatz 4 – Nebenbestimmungen bei der Genehmigung von Zweigpraxen)

Die Änderung dient der Klarstellung, dass eine Genehmigung oder Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nicht nur unter Auflagen erfolgen kann, sondern auch mit anderen Nebenbestimmungen versehen werden kann.

Auflagen sind selbständig durchsetzbare Nebenbestimmungen zu einem Verwaltungsakt. Im Vertrags(zahn)arztrecht besteht jedoch weniger das Erfordernis, eine Genehmigung oder Ermächtigung von selbständig durchsetzbaren Verhaltenspflichten des Vertrags(zahn)arztes abhängig zu machen, als die Genehmigungs- oder Ermächtigungsentscheidung selbst durch Bedingungen und Befristungen zu modifizieren.

Zu Buchstabe d (§ 25 – Aufhebung der Altersgrenze für die Erstzulassung)

§ 25 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Zulassung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.

Zu Buchstabe e**Zu §§ 26 und 27 – Folgeänderungen zur Teilzulassung**

Folgeänderungen zur Änderung des § 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 - neu -, mit der die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten ruhen zu lassen oder zu entziehen, um die Möglichkeit ergänzt wird, dies nur hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen.

Zu § 31 Abs. 9 – Aufhebung der Altersgrenze für die Ermächtigung

§ 31 Abs. 9 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Ermächtigung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.

Zu Buchstabe f (§ 32 Abs. 1 – Prüfung der Voraussetzungen des Vertreters des Vertragsarztes)

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben bereits auf ihrer 62. Aufsichtsbehördentagung im Mai 2003 gefordert, die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte dahingehend zu ergänzen, dass den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen das Recht eingeräumt wird, die bereits heute geregelten Voraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)arzt und beim Vertreter zu überprüfen.

Mit der vorgesehenen Ergänzung des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV wird deshalb klargestellt, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich ist, ggf. in der Person des Vertreters liegende konkrete Umstände zu erfassen, die eine Eignung für seine Tätigkeit in einer vertragsärztlichen Praxis ausschließen würden.

Durch die "Kann-Regelung" und die Begrenzung auf länger dauernde Vertretungen wird sichergestellt, dass hier kein unnötiges bürokratisches Überprüfungsverfahren aufgebaut wird, den Kassenärztlichen Vereinigungen aber die Möglichkeit einer qualitätssichernden Überprüfung im konkreten Einzelfall eingeräumt wird.

Zu Nummer 8 (Artikel 8 – Inkrafttreten)

Die Neufassung der Inkrafttretensregelung sieht abweichende Inkrafttretenstermine für zwei Gesetzesänderungen vor. So muss die für Fachärzte für Allgemeinmedizin geltende Übergangsregelung zur Vorgabe einer mindestens fünfjährigen Weiterbildung bei Kindererziehungszeiten rückwirkend zum 1. Januar 2006 in Kraft treten, da die fünfjährige Weiterbildungspflicht bereits seit dem 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist. Das vorgezogene Inkrafttreten der Regelungen über finanzielle Hilfen zur Entschuldung ist erforderlich, damit den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um die erforderlichen Satzungsregelungen zu erlassen. Gleiches gilt für die Regelung über die getrennte Ausweisung der für die Entschuldung aufgewendeten Beitragsanteile. Da die Bundesverbände der Krankenkassen nach dem 31. Dezember 2008 ihre Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts verlieren, können die Regelungen mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an aufgehoben werden.

Berlin, den 25. Oktober 2006

Dr. Harald Terpe
Berichterstatter