

# **Handbuch Gesundheitsreform 2007**

## Teil 1

Änderungen des Sozialgesetzbuch V (SGB V) durch das  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG und das  
Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG

Bisheriges Recht und Neufassung  
sowie Änderungsbegründungen

Bearbeitungsstand: 23. Februar 2007

Zusammengestellt, bearbeitet und herausgegeben durch

*ARZNEIMITTEL INFO SERVICE – AIS*

**Bonn**

© 2007 *ARZNEIMITTEL INFO SERVICE* – AIS, Bonn

**Alle Rechte einschließlich des auszugsweisen oder vollständigen  
Nachdrucks, der Reproduktion, der Übersetzung und der Übernahme  
in elektronische Medien vorbehalten !**

Kontakt / Bestellung:

Arzneimittel Info Service – AIS

Wilhelm Hollenhorst

Postfach 16 01 19, 53060 Bonn

Tel.: 02 28 / 91 25 40 7

Fax: 02 28 / 28 15 02

SGB V bis 30. Juni 2008	SGB V ab 1. Juli 2008
<p>(2) <sup>1</sup> Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 durch eine dem Anteil der Mitglieder ihrer Kassenart an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage aufzubringen. <sup>2</sup> Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.</p>	<p>(2) <sup>1</sup> Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen. <sup>2</sup> Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. <sup>3</sup> Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>

### Gesetzesbegründung zum GKV-WSG

#### Zu Absatz 1

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Modellförderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung um eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich wahrzunehmende Aufgabe handelt, wird die Modellförderung im Zuge der Reform der Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen künftig dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugewiesen.

#### Zu Absatz 2

Am Prinzip der Umlagefinanzierung nach Mitgliederzahlen wird festgehalten. Allerdings erfordert die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen als redaktionelle Folgeänderung eine Umstellung auf die einzelnen Krankenkassen als Träger der Umlage, da sie Mitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind.

## § 66 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

## § 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 einrichtungübergreifende 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

<sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Das Nähere ist durch die Satzung zu regeln.

## Viertes Kapitel Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

### Erster Abschnitt Allgemeine Grundsätze

## § 69 Anwendungsbereich

SGB V bis 31. März 2007	SGB V ab 1. April 2007
<p><sup>1</sup> Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 regeln abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden.</p>	<p><sup>1</sup> Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 regeln abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden.</p>

SGB V bis 31. März 2007	SGB V ab 1. April 2007
<p>den, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. <sup>2</sup> Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den §§ 63, 64 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. <sup>3</sup> Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. <sup>4</sup> Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.</p>	<p>den, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. <sup>2</sup> <b>Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend; dies gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt.</b> <sup>3</sup> Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den §§ 63, 64 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. <sup>4</sup> Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. <sup>5</sup> Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.</p>

#### Ausschussbegründung zum GKV-WSG

Durch die erweiterten Fusionsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen können Krankenkassen in einzelnen Regionen einen hohen Marktanteil erlangen. Die Anordnung der entsprechenden Anwendbarkeit der §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) gewährleistet, dass die Kassen eine dadurch eventuell entstehende marktbeherrschende Stellung nicht missbrauchen, es zu keiner Diskriminierung der Vertragspartner der Krankenkassen und zu keinen Boykotten kommt. Die Änderung führt nicht dazu, dass die Krankenkassen beim Abschluss von Einzelverträgen als Unternehmen zu qualifizieren wären. Auch beim Abschluss von Einzelverträgen nehmen die gesetzlichen Krankenkassen eine soziale Aufgabe wahr, die auf dem Grundsatz der Solidarität beruht und ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird. Sie erfüllen damit weder nach deutschem noch nach europäischem Recht die Begriffsmerkmale, die von der Rechtsprechung an ein Unternehmen gestellt werden. Die Anordnung der lediglich „entsprechenden Anwendbarkeit“ der §§ 19 bis 21 GWB stellt klar, dass diese Vorschriften, die an sich an Unternehmen adressiert sind, in der Rechtsfolge auch die Krankenkassen betreffen. Der zweite Halbsatz stellt klar, dass bei den kollektivvertraglichen Regelungen das Wettbewerbsrecht keine Anwendung findet. Die Rechtswegzuweisung an die Sozialgerichte gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz bleibt von der Änderung unberührt.

## § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) <sup>1</sup> Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. <sup>2</sup> Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

## § 71 Beitragssatzstabilität

SGB V bis 31. Dezember 2008	SGB V ab 1. Januar 2009
<p>(1) <sup>1</sup> Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). <sup>2</sup> Ausgabensteigerungen aufgrund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) aufgrund der Anforderungen der Rechtsverordnung</p>	<p>(1) <sup>1</sup> Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass <b>Beitragserhöhungen</b> ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von <b>Wirtschaftlichkeitsreserven nicht</b> zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). <sup>2</sup> Ausgabensteigerungen aufgrund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) aufgrund der Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 erbracht wer-</p>

SGB V bis 31. Dezember 2008	SGB V ab 1. Januar 2009
nach § 266 Abs. 7 erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.	den, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

(2) <sup>1</sup> Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. <sup>2</sup> Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden. <sup>3</sup> Übersteigt die Veränderungsrate in dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder die Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 1 jeweils diese Veränderungsraten anzuwenden.

(3) <sup>1</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahme aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre fest. <sup>2</sup> Grundlage sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KV 45). <sup>3</sup> Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. <sup>4</sup> Die Veränderungsrate für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum gelten für die Vereinbarungen für das Kalenderjahr 2000 und werden am 4. Januar 2000 im Bundesanzeiger veröffentlicht.

(3a) <sup>1</sup> Abweichend von Absatz 3 gilt für das Jahr 2006 anstelle der vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellten Veränderungsrate eine Rate von 0,63 vom Hundert. <sup>2</sup> Für das Jahr 2007 gelten abweichend von den in Absatz 3 vorgesehenen Veränderungsrate je Mitglied die Veränderungsrate je Versicherten, die das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. September 2006 feststellt und durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt macht. <sup>3</sup> Die Sätze 1 und 2 gelten nur für die Vergütung der Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegeverordnung sowie für die Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nach § 4 Abs. 4.

(4) <sup>1</sup> Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, § 83 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. <sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

**(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a bis 140d sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen.**

#### Gesetzesbegründung zum GKV-WSG

##### Zu Absatz 1

Die Krankenkassen haben auch in Zukunft den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Zwar legen sie nicht mehr selbst den allgemeinen Beitragssatz fest. Dieser wird künftig per Rechtsverordnung normiert. Allerdings haben Verträge mit Leistungserbringern auch künftig Auswirkungen auf die Balance zwischen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen. Zur Vermeidung überhöhter Ausgaben müssen die Krankenkassen deshalb weiterhin die Beitragssatzstabilität im Auge behalten sowohl hinsichtlich des allgemeinen Beitragssatzes als auch hinsichtlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

#### Ausschussbegründung zum GKV-WSG

Mit der Änderung werden die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Länder einen umfassenden Überblick über die in ihrem Land geltenden vertraglichen Regelungen erhalten. Auf diese Weise können sie ihrer Pflicht zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung in ihrem Land besser Rechnung tragen.

## Zweiter Abschnitt

### Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten

#### Erster Titel

#### Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

### § 72 Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) <sup>1</sup> Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. <sup>2</sup> Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

## Zweiter Titel Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

### § 77 Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

(1) <sup>1</sup> Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). <sup>2</sup> Soweit in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10.000 Mitgliedern bestehen, werden diese zusammengelegt. <sup>3</sup> Sind in einem Land mehrere Kassenzahnärztliche Vereinigungen mit weniger als 5.000 Mitgliedern vorhanden, werden diese ebenfalls zusammengelegt.

SGB V bis 31. Dezember 2006	SGB V ab 1. Januar 2007
<p>(2) <sup>1</sup> Die zu vereinigenden Kassenärztlichen Vereinigungen führen die erforderlichen Organisationsänderungen im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder durch. <sup>2</sup> 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.</p> <p>(3) <sup>1</sup> 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.</p>	<p>(2) <sup>1</sup> Die zu vereinigenden Kassenärztlichen Vereinigungen führen die erforderlichen Organisationsänderungen im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder durch. <sup>2</sup> 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. <sup>3</sup> <b>Im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde können die Vertragspartner nach § 83 gemeinsam eine Verlängerung der in Satz 2 genannten Frist um bis zu vier Quartale vereinbaren, falls dies aus besonderen Gründen erforderlich ist.</b></p> <p>(3) <sup>1</sup> Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, <b>die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte</b> und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. <sup>2</sup> <b>Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind.</b></p>
<p>(4) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen). <sup>2</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die für sie zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden insbesondere in Fragen der Rechtsetzung kurzzeitig personell unterstützen. <sup>3</sup> Dadurch entstehende Kosten sind ihnen grundsätzlich zu erstatten; Ausnahmen werden in den jeweiligen Gesetzen zur Feststellung der Haushalte von Bund und Ländern festgelegt.</p>	
<p>(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.</p>	
<p>(6) § 94 Abs. 1a bis 4 und § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 des Zehnten Buches gelten entsprechend.</p>	

#### Gesetzesbegründung zum VändG

##### Zu § 77 Abs. 3

Angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, und zwar unabhängig davon, ob das medizinische Versorgungszentrum als juristische Person selbst nicht Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung ist oder ob das medizinische Versorgungszentrum in Form einer Personengesellschaft von Vertragsärzten betrieben wird, die deshalb selbst Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind.

Als Konsequenz des gesetzgeberischen Ziels, die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen möglichst (unter Beachtung der persönlichen Leistungserbringung durch den freiberuflich tätigen Vertragsarzt) der Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren gleichzustellen, werden deshalb auch die nach § 95 Abs. 9 und 9a in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Damit werden neben den nach § 95 Abs. 9 Satz 1 – neu – in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzten, für die keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind, auch diejenigen angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 95 Abs. 9 Satz 2 – neu – i. V. m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5) sowie die bei Hausärzten angestellten Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an Hochschulen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Diese angestellten Ärzte können deshalb zukünftig wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren durch Ausübung ihres Wahlrechtes die Ausgestaltung der Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigung mitbestimmen.

Der neue Satz 2 legt als Voraussetzung für die Entstehung von Mitgliedschaftsrechten angestellter Ärzte eine zeitliche Mindestbeschäftigungsschwelle in Höhe einer Halbtagsstätigkeit fest, da nur ein derartiger zeitlicher Mindestumfang die Inanspruchnahme mitgliederschaftlicher Selbstverwaltungsrechte in der Kassenärztlichen Vereinigung rechtfertigt.

### Gesetzesbegründung zum GKV-WSG

#### Zu § 77 Absatz 2

Die Regelung eröffnet denjenigen regional zuständigen Selbstverwaltungspartnern, die bis zum vierten Quartal 2006 die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Harmonisierung der unterschiedlichen Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäbe aus besonderen Gründen noch nicht vereinbart haben, die Möglichkeit, die Frist im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde längstens bis zum 31.12.2007 zu verlängern.

**NEU ab 1. April 2007**

## § 77a Dienstleistungsgesellschaften

**(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 2 aufgeführten Aufgaben Gesellschaften gründen.**

**(2) Gesellschaften nach Absatz 1 können gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern folgende Aufgaben erfüllen:**

- 1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,**
- 2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes,**
- 3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarztstätigkeit betreffen,**
- 4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,**
- 5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze.**

**(3) <sup>1</sup> Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. <sup>2</sup> Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist ausgeschlossen.**

### Gesetzesbegründung zum GKV-WSG

Die Vorschrift, die über die Generalklausel des § 72 Abs. 1 Satz 2 grundsätzlich auch für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gilt, trägt dem Wunsch vieler Vertragsärzte Rechnung, angesichts der ständig steigenden Managementanforderungen, die sich insbes. durch die Flexibilisierung der Vertragsstrukturen ergeben, eine verstärkte Beratung und Unterstützung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhalten. Die Erfüllung solcher Dienstleistungsaufgaben war den Kassenärztlichen Vereinigungen bislang nicht möglich. § 77a (neu) eröffnet den Kassenärztlichen Vereinigungen daher künftig die Möglichkeit, Dienstleistungsgesellschaften zu gründen. Die Regelung stellt die Trennung der originären kollektivvertraglichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, die unter dem Dach der öffentlich-rechtlichen Körperschaft verbleiben, von den neuen Dienstleistungsaufgaben sicher, die durch die privatrechtliche Dienstleistungsgesellschaft auf der Grundlage individualrechtlicher Vereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern erbracht werden.

Absatz 2 der Vorschrift enthält eine abschließende Aufzählung der möglichen Betätigungsfelder der Gesellschaften. Die dort genannten Dienstleistungen können gegenüber allen vertragsärztlichen Leistungserbringern erbracht werden. Die Dienstleistungsgesellschaft ist damit nicht nur Ansprechpartner für den einzelnen Vertragsarzt, sondern z.B. auch für ein medizinisches Versorgungszentrum.

Hinsichtlich der Finanzierung der Dienstleistungsgesellschaften sieht Absatz 3 eine Nutzerfinanzierung vor. Eine auch nur anteilige Finanzierung der Gesellschaft aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen scheidet aus.

## § 78 Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

**(1) Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt das Bundesministerium für Gesundheit, die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.**

**(2) <sup>1</sup> Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen Kassenärztlichen Vereinigungen führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem diese Vereinigungen ihren Sitz haben. <sup>2</sup> Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.**

**(3) <sup>1</sup> Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. <sup>2</sup> Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. <sup>3</sup> Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 3, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79a Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches, für die Verwendung der Mittel der Kassenärztlichen Vereinigungen § 305b entsprechend.**