

Schriftlicher Bericht

des Ausschusses für Sozialpolitik

(28. Ausschuß)

über den von den Fraktionen der CDU/CSU, FDP,
GB/BHE, DP eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über
Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der
Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des
Sozialgerichtsgesetzes

(Gesetz über Kassenarztrecht — GKAR)

— Drucksache 528, Umdruck 120 —

A. Bericht des Abgeordneten Dr. Preller:

I. Vorbemerkungen

Bereits im 1. Bundestag war die Frage des Kassenarztrechtes Gegenstand von Plenarverhandlungen und Ausschlußberatungen.

Die Bundesregierung hatte am 26. November 1952 den Entwurf eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) mit der Drucksache Nr. 3904 dem Bundestag vorgelegt.

Dieser Entwurf hatte zwar den Bundesrat passiert; der Bundesrat hatte jedoch **verfassungsrechtliche Bedenken** erhoben, die er für so schwerwiegend hielt, daß er eine Stellungnahme im einzelnen unterließ. Er hielt vielmehr eine grundsätzliche Umgestaltung des Entwurfs für erforderlich. Die Hauptpunkte dieser verfassungsrechtlichen Bedenken lagen im **zentralistischen Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigungen** und in der **Befugnis zur Zwangsschlichtung**, die den Schiedsämtern übertragen werden sollte, obwohl diese Schiedsämter weder Behörden noch Gerichte seien. Die gleichwohl im Beisein von Vertretern des Bundesrates vorgenommenen gemeinsamen Beratungen der Bundestagsausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens konnten bis zum Auslaufen des 1. Bundestages nicht abgeschlossen werden.

Dem 2. Bundestag legte die Bundesregierung unter dem 24. November 1953 als Drucksache 87 einen im wesentlichen gleichen Entwurf vor mit dem Bemerkung, daß der Bundesrat „zu der Vorlage gemäß Art. 76 Abs. 2 des Grundgesetzes in seiner 96. Sitzung am 21. November 1952 die aus

der Anlage 2 ersichtliche Entschließung angenommen“ habe. Der Bundesrat forderte nunmehr jedoch, wie in ähnlich gelagerten Fällen, erneute Vorlage. Aus diesem Grunde wurde die Drucksache 87 zwar im Plenum in erster Beratung und in einer Sitzung der beteiligten Bundestagsausschüsse behandelt, dann aber zurückgestellt. Inzwischen war nämlich ein **Arbeitsstab** aus Vertretern von Landesministerien und des Bundesarbeitsministeriums gebildet worden, der eine Neuformung des Entwurfs vornahm, insbesondere um die erwähnten verfassungsrechtlichen Bedenken auszuräumen.

Der so erarbeitete Entwurf ist im großen und ganzen von den Regierungsparteien übernommen und als Drucksache 528 am 19. Mai 1954 dem Bundestag eingereicht worden. Dazu trat eine Berichtigung im Umdruck 120. Dieser Entwurf wurde ohne Aussprache in der 33. Plenarsitzung des 2. Bundestages am 18. Juni 1954 an den Ausschuß für Sozialpolitik (federführend) und den Ausschuß für Fragen des Gesundheitswesens (mitberatend) überwiesen. Später erfolgte durch den Ältestenrat auf Verlangen des Ausschusses für Finanz- und Steuerfragen noch die Überweisung an diesen Ausschuß, außerdem an den Ausschuß für Rechtswesen und Verfassungsrecht. Die Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens (künftig hier: „Die Ausschüsse“) haben die Vorlage gemeinsam in zehn Sitzungen behandelt, in denen die Beschlußfassung jeweils nur durch die Mitglieder des Ausschusses für Sozialpolitik erfolgte. Dazu traten vier Sitzungen, die der Ausschuß für Sozialpolitik nach Abschluß der gemeinsamen Beratungen

allein abhielt, sowie eine Besprechung von Mitgliedern des Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik des Bundesrates mit Mitgliedern des Ausschusses für Sozialpolitik des Bundestages.

Der Ausschuß für Fragen des Gesundheitswesens hat sich außerdem in einer gesonderten Sitzung mit der Vorlage befaßt. Dasselbe gilt vom Ausschuß für Rechtswesen und Verfassungsrecht. Der Ausschuß für Finanz- und Steuerfragen verzichtete schließlich auf eine gesonderte Beratung. Die Anregungen des Ausschusses für Fragen des Gesundheitswesens sowie die des Ausschusses für Rechtswesen und Verfassungsrecht wurden vom Ausschuß für Sozialpolitik ebenso wie weitere Anregungen aus den Bundesministerien und die Ergebnisse der genannten Besprechung mit Bundesratsmitgliedern in den Alleinsitzungen des Ausschusses für Sozialpolitik des Bundestages abschließend behandelt. Der Bericht spricht gleichwohl von Ergebnissen der Beratungen der „Ausschüsse“, da zwischen dem Ausschuß für Sozialpolitik und dem für Fragen des Gesundheitswesens personelle Verzahnungen bestehen, die diese Bezeichnung rechtfertigen, obwohl formell der Ausschuß für Sozialpolitik des Bundestages die federführende und damit letztlich entscheidende Verantwortung trug.

Der Bericht vermeidet im übrigen und allgemein, von Entscheidungen der Mehrheit der Regierungsparteien oder Anliegen der Opposition zu sprechen. Tatsächlich wurden in wesentlichen Fragen weniger Parteimeinungen erkennbar, als solche der Vertreter von ärztlichen oder Krankenkassen-Standpunkten oder solche der Versicherten quer durch die Parteien. Es muß jedoch anerkannt werden, daß trotz derartiger zweifellos sichtbarer Interessen die Bemühungen aller Ausschußmitglieder dahin gingen, bei diesem schwierigen Gesetz eine vermittelnde Stellung einzunehmen.

Den Ausschüssen wurden aus den Ausschußberatungen des 1. Bundestages die Protokolle und insbesondere auch die detaillierten Stellungnahmen der zahlreichen Sachverständigen aus den interessierten Kreisen, die in den Protokollen niedergelegt waren, vorgelegt. Insofern erübrigte sich die nochmalige Anhörung von Sachverständigen und Beteiligten. Diese Protokolle wurden damit ein Bestandteil der Beratungen der Ausschüsse im 2. Bundestag. Außerdem lag den Ausschüssen noch eine vom Bundesarbeitsministerium angefertigte Begründung zur Drucksache 528 vor, die vor allem die Unterschiede dieser Drucksache zu den Vorlagen auf Drucksachen Nr. 3904 bzw. 87 klarlegte und begründete.

Nach Abschluß der Beratungen wurde dem Berichterstatter die redaktionelle Bearbeitung der Vorlage übertragen. Sie erwies sich, angesichts der zahlreichen Änderungen, als überaus schwierig, konnte vom Berichterstatter jedoch dank der bereitwilligen Mitarbeit von Ausschußmitgliedern und dem Referenten des Bundesarbeitsministeriums bewältigt werden.

II. Aus der Entstehung des Kassenarztrechtes

Ein Kassenarztrecht im heutigen Sinne hat sich — die Darstellung des Berichterstatters hält sich hierbei an die eingehenden Ausführungen des Staatssekretärs im Bundesarbeitsministerium, Dr. Sauerborn, die mit den Protokollen aus dem 1. Bundestag Bestandteil der Beratungen in den Ausschüssen des 2. Bundestages geworden sind — im wesentlichen erst seit der Jahrhundertwende gebildet. Das **Krankenversicherungsgesetz von 1883** kannte zwischen Krankenkasse und Arzt lediglich ein freies Vertragsverhältnis. Erst 1892 wurde den Krankenkassen in einer Novelle das Recht gegeben, ein — nunmehr sogenanntes — „Arztsystem“ statutarisch festzulegen.

Aus den sich so ergebenden „Zulassungen“ von Kassenärzten entstanden nach Errichtung des „Leipziger Verbandes“ — des späteren „Hartmannbundes“ — als Standes- und Kampforganisation der Ärzteschaft Vereinbarungen über diese Zulassungen. Die z. T. sehr scharfen Auseinandersetzungen zwischen den Kassen (und ihren Verbänden) und der Ärzteschaft, die 1913 bis zur Streikdrohung der Ärzte gediehen, führten am 23. Dezember 1913 zum „**Berliner Abkommen**“, das zwar den Einzelvertrag formell bestehen, ihn aber nur nach Billigung durch gemeinsame Instanzen der Kassen und Ärzte (Vertragsausschuß, Zentralausschuß) oder nach einer Entscheidung durch ein Schiedsamt, die gegebenenfalls verbindliche Wirkung haben konnte, Gültigkeit erlangen ließ. Ein Kassenarzt sollte auf 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf 1000 Versicherte kommen. Bei den vorhergegangenen Beratungen im Reichstag über die **Reichsversicherungsordnung von 1911** hatte man sich weder auf ein bestimmtes Arztsystem noch auf ein bestimmtes Honorarsystem einigen können, so daß diese Fragen rechtlich offen geblieben waren. Erst die Inflationsverhältnisse führten später dazu, daß die Reichsregierung in der Verordnung vom 30. Oktober 1923 (die auf Grund des sogenannten Notgesetzes erging), das, was im „Berliner Abkommen“ frei vereinbart worden war, mit gesetzlicher Kraft ausstattete: Die Selbstverwaltung im „Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen“ (der später die Zulassungsordnung und die Vertragsordnung schuf), die Vertrags- und Schlichtungsinstanzen (Vertragsausschüsse, Schiedsämter) und die Bestimmung, daß bei Vertragsende bis zum Abschluß eines neuen Vertrages beide Parteien zu den alten Bedingungen weiterzuarbeiten hätten. Die Verhältniszahl 1 : 1350 bzw. 1000 blieb bestehen, sie wurde allerdings in der Praxis der Zulassungsausschüsse vielfach unterschritten.

Die Krisenjahre ab 1929 brachten dieses Gebäude ins Wanken. Es kam nach langwierigen, ministeriell geförderten Verhandlungen zu einem **Abkommen**, das schließlich Ende 1931 von der Ärzteschaft und den Ortskrankenkassenverbänden, dagegen nicht von den übrigen Kassenverbänden gebilligt worden war. So mußte eine Ermächtigung an den

Reichsarbeitsminister in der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 ergehen, auf Grund deren der Minister das Abkommen für verbindlich erklärte. Der wesentliche Inhalt dieses für verbindlich erklärten Abkommens war die Einführung einer festen **Pauschabgabe** der Krankenkassen an die Ärzte, errechnet als Kopfpauschale aus den — mit einem Abschlag versehenen — Ergebnissen des Jahres 1930 und dafür die **Zulassung einer größeren Ärztezah**l durch Herabsetzung der Verhältniszahl auf 1:600. Aus der geringeren Verhältniszahl und dem damit voraussichtlich vermehrten Wettbewerb unter den an Zahl zunehmenden Ärzten ergab sich die Einführung eines „**Regelbetrages**“ für die Arzneiverschreibungen.

Die nationalsozialistische Zeit brachte dann die Zentralisierung in der „Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands“, die Übernahme der Zulassung nach festgelegten Richtlinien durch die Ärzteschaft allein und — während des Krieges — die Honorarverteilung statt nach Einzelleistung im Rahmen des Gesamtpauschales nur nach der Zahl der Krankenscheine.

Nach 1945 bildeten sich zunächst **regionale Kassenärztliche Vereinigungen**. Neue Zulassungsordnungen der Länder haben die Kassen wieder paritätisch an der Zulassung beteiligt. Schwierigkeiten ergaben sich vor allem und besonders im Zusammenhang mit den vorerst niedrigen Löhnen der Versicherten und damit für die Honorierung, soweit sich diese an der Lohnsumme orientierte.

Immerhin zahlten die Krankenkassen im Bundesgebiet für:

ärztliche Leistungen insges.:	Zahnbehandlung insges.:
1949 366 Mio DM	90 Mio DM
1950 426 Mio DM	100 Mio DM
1951 504 Mio DM	122 Mio DM
1952 594 Mio DM	140 Mio DM
1953 (vorläuf. Zahl)	
674 Mio DM	154 Mio DM

Die Zahl der Ärzte und Zahnärzte (einschließlich Dentisten) betrug am 1. Januar 1954:

	Ärzte	Zahnärzte
Gesamtzahl	69 109	32 017
Davon: Vollkassen(zahn)ärzte	30 397	22 767
(Zahn)Ärzte, die nur Ersatzkassenpraxis hatten	4 088	2 614
(Zahn)Ärzte ohne Kassenzulassung (einschließlich Sprengelärzten von Knappschaften), darunter beteiligte Krankenhausärzte 1 605	5 777	770
(Zahn)Ärzte in abhängiger Stellung	24 239	4 088
Ärzte in berufsfremder Stellung oder arbeitslos	4 608	1 728

Die tatsächliche Verhältniszahl schwankte nach Unterlagen vom 1. Januar 1954 in den Landesstel-

len der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen für die Ärzte zwischen 485 (Bayern) und 648 (Nordrhein) mit einem Gesamtdurchschnitt von 557, für die Zahnärzte und Dentisten zwischen 690 (Nordbaden) und 1043 (Nordrhein) mit einem Gesamtdurchschnitt von 813.

Der Versuch des Frankfurter Wirtschaftsrates, bereits vor 1949 ein Gesetz über das Kassenarztrecht zu erlassen, scheiterte daran, daß die Besatzungsmächte diese Materie der Gesetzgebung des Bundes vorbehalten.

III. Der Aufbau des Gesetzentwurfs

1. Der Gesetzentwurf regelt lediglich die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, sonstige Reformfragen der Krankenversicherung werden von der Vorlage nicht berührt.

Soweit sich die Vorlage mit den **Krankenhäusern** und den in diesen tätigen Ärzten beschäftigt, tut sie dies nur im Hinblick auf die kassenärztliche Versorgung (§ 368 Abs. 2, § 368 a Abs. 5, § 368 c Abs. 2 Nr. 12, § 368 d, § 368 f Abs. 5, § 368 g Abs. 4, § 368 m Abs. 2, § 368 o Abs. 1).

Das gleiche gilt für die **Eigeneinrichtungen** der Krankenkassen und die Universitäts-Polikliniken (§§ 368 d und m Abs. 2).

Die **Ersatzkassen** und die **Knappschaftlichen Kassen** werden von der Vorlage grundsätzlich nicht erfaßt; in § 368 m Abs. 1 ist jedoch die Möglichkeit vorgesehen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung auch für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

Grundzug der Regelung ist die **Selbstverwaltung der Kassenärzte** und ihr Zusammenwirken mit den Krankenkassen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen. Zu diesen zählen auch die versicherten Sozialrentner (§ 368 a Abs. 1).

Unter der Bezeichnung „Ärzte“ werden im Gesetzestext zugleich auch Zahnärzte und Dentisten verstanden.

2. Um als Kassenarzt wirken zu können, muß der approbierte Arzt eine **Zulassung** haben (§ 368 a). Eine allgemeine Zulassung aller approbierten Ärzte zur Kassenpraxis hat die Vorlage und haben die Ausschußmitglieder in ihrer überwiegenden Mehrheit für nicht durchführbar gehalten, und zwar um der geregelten Versorgung der Versicherten wie um der Existenz der Kassenärzte willen. Die sogenannte **Verhältniszahl** (ein Arzt auf . . . Versicherte) wurde schließlich auf 1:500 für Ärzte bzw. auf 1:900 für Zahnärzte festgesetzt, wobei gegen Krankheit versicherte Rentner mit $66\frac{2}{3}$ v. H. der Renten angerechnet werden.

Leitende Krankenhausärzte (§ 368 a Abs. 5) sowie andere Ärzte in Sonderfällen (§ 368 c Abs. 2 Nr. 12 a) sind unter bestimmten Vor-

aussetzungen „beteiligt“, ohne auf die Verhältniszahl angerechnet zu werden. Dagegen sollen die auf Grund von Sondergesetzen als zugelassen geltenden Ärzte (z. B. Heimkehrer aus Kriegsgefangenschaft) auf die Verhältniszahl angerechnet werden (§ 368 a Abs. 1).

- Die Zulassungen erfolgen in **Zulassungsausschüssen** (§ 368 b Abs. 1), die aus Vertretern der Ärzte (Kassenärzte sowie ein in das Arztregister eingetragener nicht zugelassener Arzt) und der Krankenkassen in gleicher Zahl bestehen. Gegen die Entscheidung der Zulassungsausschüsse ist Widerspruch bei **Berufungsausschüssen** (§ 368 b Abs. 5) möglich, die aus einem Vorsitzenden mit Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl bestehen.
- Das Nähere über die Zulassung regeln **Zulassungsordnungen** (§ 368 c), die vom Bundesminister der Arbeit nach Beratung mit den Bundesausschüssen und mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen werden.

Grundsätzlich soll die **Behandlung der Versicherten** durch den Kassenarzt selbst erfolgen; Voraussetzungen über die gleichwohl mögliche Beschäftigung von Assistenten und Vertretern bestimmen die Zulassungsordnungen (§ 368 c Abs. 3). Die Beanspruchung von anderen Ärzten als Kassenärzten und ein vorzeitiger Wechsel des Kassenarztes ist nur in besonderen Fällen zugelassen (§ 368 d). Der Kassenarzt hat sich bei der Behandlung und bei Verordnungen an das Notwendige und Wirtschaftliche zu halten (§ 368 e). Entgegen dem § 368 d der RVO — bisherige Fassung — ist in diesem Zusammenhang in § 368 e der Vorlage in erster Linie von den entsprechenden Ansprüchen der Versicherten die Rede; der Arzt darf weitergehende Leistungen nicht bewirken oder verordnen, die Kasse darf sie nicht nachträglich bewilligen.

- Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte ärztliche Versorgung mit einer sie befreienden Wirkung eine **Gesamtvergütung** an die Kassenärztliche Vereinigung (§ 368 f). Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt die Verteilung der Gesamtvergütung an die Kassenärzte. Damit ist ein Grundzug der Regelung von Dezember 1931 erneut bekräftigt. Die Gesamtvergütung richtet sich nach der Zahl der Versicherten und einem Kopfpauschale, das nach bestimmten Gesichtspunkten festzusetzen ist. Verteilung lediglich nach der Zahl der Kassenscheine ist unzulässig. Im Gesamtvertrag kann aber die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistung oder nach einem aus mehreren Berechnungsarten zusammengesetzten System festgesetzt werden. Sachleistungen, die in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ausgeführt werden, sollen in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Über Vergütungen für stationäre Behandlung, für die ärztliche Be-

handlung der Rentner und anderer Personenkreise müssen die Verträge besondere Bestimmungen treffen, für die die Bundesausschüsse Richtlinien beschließen.

- Die **Gesamtverträge** werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden abgeschlossen (§ 368 g). Kommt eine Einigung nicht zustande, so gilt ein **Einigungsverfahren**, das notfalls zu einer Zwangsschlichtung führt (§ 368 g 1). Für dieses Verfahren werden **Landes- und Bundesschiedsämter** (§ 368 h) errichtet, die aus einem Vorsitzenden mit Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst sowie aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl bestehen. Bis zur endgültigen Entscheidung ist die Vergütung in bisheriger Höhe weiterzuzahlen (§ 368 h Abs. 5); die „Mißtrauensparagrafen“ § 370 ff. der RVO fallen fort (Art. 1 Nr. 3). Ärztestreiks u. ä. erscheinen also nach dieser Vorschrift, die der im bisherigen § 368 p Abs. 3 der RVO nachgebildet ist, ausgeschlossen. Der Bundesarbeitsminister erläßt nach Beratung mit den Bundesausschüssen und mit Zustimmung des Bundesrates eine **Schiedsamsordnung** als Rechtsverordnung (§ 368 h Abs. 7).
- Das Gewicht der ärztlichen Selbstverwaltung liegt bei den **Kassenärztlichen Vereinigungen** (§§ 368 i bis m). Sie haben insbesondere die ärztliche Versorgung sowie die Aufgaben zu erfüllen, die ihnen durch das Gesetz übertragen werden (§ 368 m Abs. 1). Sie sind in den gesetzlich vorgesehenen Institutionen — Zulassungsausschüssen, Berufungsausschüssen, Schiedsämtern, Landes- und Bundesausschüssen — sowie beim Abschluß von Verträgen und Gesamtverträgen die Partner bzw. Kontrahenten der Krankenkassen und ihrer Verbände. Die in den früheren Entwürfen vorgesehene Bestimmung, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen „Träger der Kassenärztlichen Versorgung und der Beziehungen zwischen den Ärzten und Krankenkassen“ sein sollten, ist in der Drucksache 528 nicht mehr enthalten. Dieser Passus war nur von einigen ärztlichen Organisationen befürwortet worden, während er bei den übrigen Sachverständigen und in den Ausschüssen des 1. Bundestages selbst auf scharfe Kritik gestoßen war.

Der in den Entwürfen (Drucksachen Nr. 3904 des 1. Bundestages und 87 des 2. Bundestages) noch vorgesehene zentralistische Aufbau der Vereinigungen — die beiden Bundesvereinigungen sollten in den Ländern Untergliederungen erhalten — ist im Hinblick auf die unter I erwähnten verfassungsrechtlichen Bedenken einem **Aufbau von unten nach oben** gewichen. Die Kassenärzte bilden nunmehr für den Bereich jedes Landes je eine kassenärztliche und eine kassenzahnärztliche Vereinigung, und diese ihrerseits bilden je eine kassen(zahn)-ärztliche Bundesvereinigung (§ 368 i Abs. 1

und 2). Diese Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Anders als früher sind nunmehr neben den ordentlichen Mitgliedern — zugelassenen und beteiligten Kassenärzten — als außerordentliche Mitglieder die noch nicht zugelassenen Ärzte, die sich in das bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu führende Arztregister (§ 368 a Abs. 3) haben eintragen lassen (§ 368 i Abs. 4), vorgesehen. Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung wählen eine Vertreterversammlung, in der die außerordentlichen Mitglieder höchstens zu einem Fünftel vertreten sein dürfen; die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen ihren Vorstand, in dem höchstens ein Fünftel außerordentliche Mitglieder sein dürfen, dem aber mindestens ein außerordentliches Mitglied angehören muß, sowie die Vertreterversammlung der Bundesvereinigung (§ 368 k).

Die Satzungen der Vereinigungen (§ 368 l) können, einer langjährigen Forderung der Ärzte entsprechend, auch Bestimmungen über eine **Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung** der Mitglieder vorsehen (§ 368 l Abs. 5).

8. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen bilden gemeinsame **Landes- und Bundesausschüsse** (§§ 368 n bis p). Diese Ausschüsse sind ähnlich den früheren Reichs- bzw. Landesausschüssen gemeinsame Organe der Selbstverwaltung der Ärzte und der Kassen. Insbesondere haben die Bundesausschüsse Richtlinien über die kassenärztliche Versorgung zu beschließen (§ 368 o Abs. 1), die von den Mitgliedern zu beachten sind, die aber dem Bundesarbeitsminister nicht mehr zur Genehmigung (wie in den Drucksachen Nr. 3904 und 87), sondern nur noch zur Kenntnis vorzulegen sind. Da die früher — nach zentralistischem Aufbau — vorgesehene Mitgliedschaft der Kassenärzte auch bei der Bundesvereinigung weggefallen ist, ist nunmehr vorgesehen, daß bei einem Versagen der Bundesausschüsse erforderlichenfalls der Bundesarbeitsminister derartige Richtlinien erlassen kann (§ 368 o Abs. 2).

Für eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Kassen haben die Landesausschüsse zu sorgen, denen damit Aufgaben zufallen, die für die Verwirklichung des Gesetzes sehr wesentlich sein können. Dazu gehören auch Aufgaben auf dem Gebiet der gesundheitlichen Vorsorge (§ 368 p).

9. Soweit für Zulassungs- und gewisse Vergütungsangelegenheiten nach der Vorlage die **Anrufung der Sozialgerichte** vorgesehen ist, gelten die Verfahren vor den entsprechenden Selbstverwaltungskörperschaften zugleich als Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes (§ 368 b Abs. 6, § 368 c Abs. 2 Nr. 7, § 368 h Abs. 5 und 5 a, § 368 m Abs. 4 und Art. 4 § 11 Abs. 3).

10. Das Gesetz soll mit einigen Ausnahmen auch für **Berlin** gelten (Art. 3).

Nach den **Übergangs- und Schlußvorschriften** (Art. 4) sollen die bestehenden Kassenärztlichen Vereinigungen in die Kassenärztlichen Vereinigungen des Gesetzes übergehen. Die ersten Satzungen sollen nach Beschluß der Ausschüsse nunmehr innerhalb von neun Monaten erlassen werden (Art. 4 § 4) — nach der Vorlage war ein Zeitraum von sechs Monaten vorgesehen.

IV. Die Hauptpunkte der Erörterung

Das Kassenarztrecht war in den vergangenen Monaten Gegenstand z. T. heftiger Auseinandersetzungen. Dies führte, auch im Zusammenhang mit gewissen Darstellungen und Romanen in illustrierten Zeitschriften, die von den Ausschüssen lebhaft kritisiert wurden, zum Wunsch der Ausschüsse nach einer Aussprache mit dem Herrn Bundesarbeitsminister, die in der Sitzung vom 2. Dezember 1954 erfolgte. Die Ausschüsse erklärten, daß durch baldige Verabschiedung des Gesetzes eine Befriedung herbeigeführt werden solle.

Zahlreiche Eingaben der interessierten Organisationen und Verbände haben die Ausschubarbeit begleitet. Sie wurden jeweils bei Behandlung der in Betracht kommenden Vorschriften geprüft. Hauptpunkte der Erörterungen wurden folgende Fragen:

a) **Verhältniszahl** (§ 368 a Abs. 1)

Die Forderung des Bonner Ärztetages 1952, die Verhältniszahl auf 1 : 450 zu senken, wurde von den ärztlichen Organisationen unterstützt, von der Kassenseite bekämpft. Einige Gruppen sprachen sich dafür aus, die Regelung der Verhältniszahl der Zulassungsordnung zu überlassen. Diese Fragen wurden in den Ausschüssen eingehend und lebhaft erörtert. Der Gedanke, die Festsetzung der Verhältniszahl den Zulassungsordnungen zu überlassen, fand nur bei einzelnen Abgeordneten Anklang. Auf Antrag nahm das Bundesjustizministerium zu dieser Frage in einem Schreiben vom 3. Februar 1954 Stellung; das Ministerium hatte rechtspolitische, z. T. verfassungsrechtliche Bedenken, die Festlegung der Verhältniszahl der Selbstverwaltung zu überlassen.

Schließlich wurde die Verhältniszahl von 1 : 500 mit Mehrheit beschlossen, womit nach der Feststellung eines Ausschußmitgliedes rund 3700 Ärzte neu zugelassen werden können, d. h. mehr als drei Viertel der Ärzte, die als in fremdem Beruf tätig oder als arbeitslos gemeldet sind.

b) **Beteiligung der Krankenhausärzte** (§ 368 a Abs. 5)

Die Ausschüsse waren sich darüber einig, daß eine Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung erforderlich sei, insbesondere um etwaige besondere Kenntnisse und Erfahrungen dieser Ärzte auch den Versicherten zugänglich zu machen. Jedoch war zu-

nächst umstritten, ob diese Frage durch eine Kann- oder eine Mußbestimmung gelöst werden solle. Eine später beschlossene Fassung, wonach die betreffenden Ärzte auf Antrag zuzulassen „sind, ... sofern nicht wichtige Gründe gegen die Beteiligung sprechen“, setzte nach Auffassung der Ausschüsse die Erläuterung voraus, daß als „wichtige Gründe“ nicht nur in der Person des Antragstellers liegende Gründe, sondern vor allem die anzusehen seien, die sich aus der Tendenz des § 368 a Abs. 1 ergeben. Auf Antrag des Gesundheitsausschusses wurde später entgegen der Auffassung einiger Abgeordneter die aus der Zusammenstellung ersichtliche Fassung beschlossen. Darnach ist nunmehr die Notwendigkeit der Beteiligung dieser Ärzte im Hinblick auf die Versorgung der Versicherten Voraussetzung der Beteiligung. Außerdem soll durch diese Fassung geklärt werden, daß diese Ärzte nicht in die Verhältniszahl einzurechnen sind.

c) Art der Vergütung (§ 368 f Abs. 2 und 3)

Der Wunsch von Ärzten, andere Vergütungssysteme dem System des Kopfpauschales grundsätzlich als gleichwertig an die Seite zu stellen und den Schiedsämtern die Vollmacht einzuräumen, auch über die Wahl des Vergütungssystems zu entscheiden, ist in den Ausschüssen mehrfach und sehr eingehend diskutiert worden. Dabei spielte im Zusammenhang mit dem letzten Satz von § 368 f Abs. 3 der Vorlage auch die Frage der sogenannten Zwangsschlichtung nach § 368 g 1 eine Rolle. Der erwähnte letzte Satz wurde schließlich mit Mehrheit bei einigen Enthaltungen gestrichen. In einer späteren Sitzung wurde, auch auf Wunsch von Ländern, die Streichung dieses Satzes nochmals erörtert, die aus den Reihen der Opposition gewünschte Wiederherstellung der Fassung der Vorlage in Drucksache 528 aber schließlich mit einer Mehrheit aus allen Parteien verworfen. Im Zuge dieser Erörterung wurde jedoch allseitig anerkannt, daß eine etwaige Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen eine stärkere Mitwirkung der Krankenkassen, vor allem auch hinsichtlich des Nachweises und der Prüfung dieser Einzelleistungen sowie hinsichtlich der Zusammensetzung der Ausschüsse bedinge. Diese Fragen sollen daher nunmehr durch eine Vereinbarung der Vertragspartner geregelt werden (§ 368 m Abs. 5).

Das in Absatz 2 des § 368 f grundsätzlich vorgesehene **Kopfpauschale** sollte nach der Vorlage unter „Berücksichtigung“ bestimmter Grundlagen festgesetzt werden. Die Ausschüsse besprachen eingehend, ob und inwieweit die Worte „zu berücksichtigen“ durch „zugrunde zu legen“ zu ersetzen seien. Nach einer Erörterung, ob die wirtschaftliche und soziale Lage des Versichertenkreises oder die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse und die Veränderungen der Grundlohnsumme zu berücksichtigen seien, wurde schließlich unter Beseitigung der Spezialbestimmungen der Vorlage in a bis d eine Fassung beschlossen, nach der die im

Ausgangszeitraum ausgeführten ärztlichen Leistungen (auch in Absatz 1 dieses Paragraphen) „zugrunde zu legen“, die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse und die seit der letzten Festsetzung eingetretene Veränderung der Grundlohnsumme „zu berücksichtigen“ sind. Veränderungen in diesen drei Grundlagen der Bestimmung des Kopfpauschales sind nunmehr nachzuweisen, was der Krankenkasse das Recht der Einsichtnahme in die betreffenden Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung geben soll.

d) Schlichtung (§ 368 g 1, § 368 h)

Sehr eingehend wurde besprochen, ob die in der Vorlage vorgesehene Zwangsschlichtung (nunmehriger § 368 g 1) beibehalten werden sollte. Unter Zwangsschlichtung wird hier die Festsetzung eines Vertragsinhaltes durch ein gemeinsames Gremium der Selbstverwaltung (Schiedsamt) verstanden, die dann erfolgt, wenn die Bemühungen dieser Ämter, eine Einigung herbeizuführen, nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben. Die Ausschüsse waren sich darüber im klaren, daß der Fortfall der Zwangsschlichtung die Wiedereinführung der §§ 370 ff. der RVO zur Folge haben müßte. Mit großer Mehrheit wurde im Interesse der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten an der Vorlage und damit an der Zwangsschlichtung festgehalten. Umstritten war die **Auswahl der Vorsitzenden der Schiedsämter** (§ 368 h Abs. 2 und 3). Dem auch von ärztlichen Vereinigungen und einem Ausschußmitglied gemachten Vorschlag, die Entscheidung über die Person des Vorsitzenden dann, wenn sich die Verbände nicht einigen können, im Falle des Absatzes 3 dem Präsidenten des Bundessozialgerichtes zuzugestehen, schlossen sich die Ausschüsse nicht an. Dagegen fand der Vorschlag eines anderen Abgeordneten Annahme, in solchen Fällen letztlich das Los entscheiden zu lassen. Dabei wurde noch erörtert, ob diese Losentscheidung für die Amtsführung des Ausgewählten im jeweiligen Falle für zwei Jahre oder für ein Jahr gelten solle. Die schließlich beschlossene Fassung sieht grundsätzlich Einigung der Verbände auf einen Vorsitzenden für vier Jahre vor. Kommt eine Einigung nicht zustande, so stellen die Verbände eine gemeinsame Liste mit den Namen von je zwei Vorsitzenden und ihren Stellvertretern auf. Können sich die Verbände auch über einen Vorsitzenden aus dieser Liste nicht einigen, so entscheidet das Los, wer Vorsitzender für die Dauer eines Jahres sein soll. Im Falle des Absatzes 2 gilt das Entsprechende.

e) Träger der kassenärztlichen Versorgung und der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen (§ 368 k Abs. 1)

Die in der Vorlage der Bundesregierung — Drucksache 87 — enthaltene und in den Ausschüssen des 1. Bundestages umstrittene Frage, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen, ob die Krankenkassen oder ob beide zusammen „Träger der kassenärztlichen Versorgung und der Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenkassen“

seien, brauchte in den Ausschüssen des 2. Bundestages nicht mehr erörtert zu werden. Die unter II erwähnten Besprechungen im Arbeitsstab hatten zur Streichung des ersten Satzes des § 368 k nach Drucksache 87 geführt.

f) Altersversorgung (§ 368 l Abs. 5)

Die Ausschüsse waren nach eingehender Erörterung der Auffassung, daß das Gesetz die Möglichkeit geben solle, eine Alterssicherung der Kassenärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu schaffen. Sie lehnten jedoch die Anregung aus dem Bundeswirtschaftsministerium ab, wie in den früheren Vorlagen den Aufbau der Alterssicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zu fordern. Die Frage nach einer Unterstellung dieser Einrichtungen unter die Versicherungsaufsichtsbehörde wurde vom Bundesarbeitsministerium dahin beantwortet, daß die Prüfung durch diese Aufsichtsbehörden in jedem Falle sichergestellt sei. An der Möglichkeit, daß mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsame Einrichtungen oder Bundesvereinigungen bundeseinheitliche Einrichtungen schaffen können, hielten die Ausschüsse ausdrücklich fest. Um Bedenken einiger Länder auszuräumen und um klarzustellen, welcher Anteil aus dem endgültigen Honorar des Kassenarztes für eine Alterssicherung abgezweigt wird, wurde ausdrücklich der besondere Nachweis dieses Honorarteiles dem einzelnen Arzt gegenüber vorgesehen.

g) Gesundheitsvorsorge

Den Ausschüssen lag im Zusammenhang mit der Verhältniszahl ein ausführlicher Vorschlag des Abg. Dr. Preller zur Gesundheitsvorsorge vor, der die Ausschüsse in einer Reihe von Sitzungen beschäftigte. Die Ausschüsse hielten das Anliegen, der Gesundheitsvorsorge wie der rechtzeitigen Krankheitsverhütung stärkeres Augenmerk zuzuwenden, für wesentlich und beachtenswert. Ohne Einzelheiten festlegen zu wollen, wurde die im Ausschußantrag beigefügte EntschlieÙung auf der Grundlage eines Entwurfs des Abg. Dr. Preller einstimmig dem Bundestag zur Beschlußfassung empfohlen.

V. Einzelergebnisse der Ausschußberatungen

Artikel 1 Nr. 2

Zu § 368 Abs. 2

Der Hinweis auf § 182 RVO wurde gestrichen, da er ggf. nicht ausreichend genug erschien. Die im zweiten Satz der Vorlage vorgesehenen Worte „sonstige Leistungen der Krankenkassen“ hätten möglicherweise zu Zweifeln Anlaß geben können, ob z. B. die für die Unfallversicherung erforderliche Ausstellung von Bescheinigungen mit erfaßt sei; deshalb wurde die Ausschußfassung beschlossen.

Zu § 368 a

Abs. 1

Der von einem Ausschußmitglied eingebrachte Antrag, die Verhältniszahl auf 1 : 450 festzusetzen,

wurde gegen 5 Stimmen abgelehnt. Der Antrag eines anderen Abgeordneten, die Verhältniszahl für Ärzte auf 1 : 500, die für Zahnärzte auf 1 : 900 festzusetzen, wurde mit Mehrheit bei einigen Stimmenthaltungen angenommen, wobei das Wort „mindestens“ gestrichen wurde. Über einen Vermittlungsvorschlag, der auf 1 : 525 lautete, brauchte nicht abgestimmt zu werden (vgl. im übrigen unter IV a). Auch die von Abgeordneten verschiedener Parteien gegebene Anregung, auf die Festsetzung einer Verhältniszahl überhaupt zu verzichten, wurde von den Ausschüssen nicht angenommen. Dagegen machten sich die Ausschüsse die von verschiedenen Ländern kommende Anregung zu eigen, daß die bisher auf Grund von Spezialgesetzen als zugelassen geltenden Ärzte nunmehr auf die Verhältniszahl anzurechnen seien. Dies dürfte etwa 1500 Ärzte betreffen. Diese Regelung gilt auch für Ärzte, die künftig auf Grund der genannten Gesetze als zugelassen gelten; auch sie sollen auf die Verhältniszahl angerechnet werden (z. B. Spätheimkehrer). Dem entspricht der zweite Absatz von Absatz 1.

Abs. 3

Einer Anregung des Rechtsausschusses folgend, wurden im letzten Satz die materiellen Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister umschrieben. Im übrigen redaktionelle Klarstellungen.

Abs. 4 a bis c

Auch diese Präzisierung der Voraussetzungen, unter denen die Zulassung ruht oder entzogen werden kann oder endet, geht auf eine Anregung des Rechtsausschusses zurück.

Abs. 5

Vgl. IV b.

Zu § 368 b

Abs. 3

Die Worte „oder deren Untergliederungen“ waren gemäß der zu § 368 g Abs. 3 (vgl. dort) getroffenen Entscheidung zu streichen.

Abs. 4

Zur Klärung wurde beschlossen, den Wortlaut „am Verfahren beteiligte Ärzte“ zu wählen.

Die Neufassung der Absätze 4 und 4 a erfolgte auf Anregungen des Bundesarbeitsministeriums sowie des Rechtsausschusses.

Abs. 7

Durch die Einfügung der Klammer („Ausschüsse“) hinter dem Wort „Berufungsausschüsse“ wurde eine einfachere Fassung des § 368 c Abs. 2 Nr. 5, 6, 7 und 8 ermöglicht.

Zu § 368 c

Der Rechtsausschuß beanstandete, daß einige der auf dem Verordnungswege zu regelnden Gegenstände materielles Recht darstellten und deshalb in das Gesetz unmittelbar aufgenommen

werden müßten; nur so könnten diese Verordnungen später daraufhin geprüft werden, ob sie sich im Rahmen der erteilten Ermächtigung bewegen. Dementsprechend wurden in Absatz 2 die Nr. 4, 7 und 11 geändert, Nr. 13 gestrichen. Die in Nr. 4 und 13 entfallenen Vorschriften wurden unter Klarstellung der betreffenden Voraussetzungen in § 368 a Abs. 3, 4 a bis c aufgenommen.

Abs. 2 Nr. 8

Die Ausschüsse teilten die Bedenken des Rechtsausschusses nicht, daß die vorgesehene Regelung mit Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG nicht vereinbar sei, z. B. weil über die Bemessungsgrundlagen der Gebühren nichts gesagt sei (vgl. I).

Nr. 10

Es wurde debattiert, ob die „Ausbildung“ und die „persönliche und berufliche Eignung“ Gegenstand der Zulassungsordnungen sein könnten. Die Ausschüsse gaben zu, daß die „Ausbildung“ durch die Approbation geregelt sei, die Zulassung sich also nur mit der „Vorbereitung zur kassenärztlichen Tätigkeit“ befassen könne. Auch die allgemeine „persönliche und berufliche Eignung“ kann nach Auffassung der Ausschüsse nicht Gegenstand der Regelungen einer Zulassungsordnung sein, sondern nur die speziellere „Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit“. Dementsprechend wurde beschlossen.

Nr. 12 a

Diese Vorschrift erschien besonders im Hinblick auf Ärzte in Heimen, Anstalten sowie auf die — vorübergehende — Beteiligung von an sich nicht zugelassenen Ärzten bei Notstand erforderlich.

Abs. 3

Auf Antrag mehrerer Ausschußmitglieder wurde beschlossen, die Beschäftigung von Assistenten der Kassenärzte oder einer gemeinsamen kassenärztlichen Tätigkeit nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes regeln zu lassen.

Zu § 368 d

Abs. 1

Der Antrag, statt des Wortes „Notfälle“ wieder — wie in Drucksache 87 — „dringende Fälle“ zu setzen, wurde mit Mehrheit abgelehnt.

Der Bitte der Vertreter zweier Länderministerien, die freie Wahl auch auf die Universitätspolikliniken zu erstrecken, glaubten die Ausschüsse nicht stattgeben zu brauchen, weil diese Frage in den in Satz 3 vorgesehenen Verträgen geregelt werden könne.

Die Ausschüsse diskutierten, ob eine Vermehrung der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen grundsätzlich unterbunden werden sollte, beließen es jedoch schließlich bei dem Text der Vorlage.

Auf Wunsch wurde ausdrücklich festgestellt, daß der Begriff der „Eigeneinrichtungen“ auch die Zahnkliniken der Träger der sozialen Kranken-

versicherung umfasse. Dieser Klarstellung soll auch der Ersatz des Wortes „dieser“ durch „der“ im letzten Satz dienen.

Der Antrag aus den Reihen der Opposition, durch die Einfügung der Worte „für die ambulante Behandlung“ hinter das Wort „Krankenkassen“ im dritten Satz klarzustellen, daß es sich nur um entsprechende Eigeneinrichtungen, nicht aber z. B. um Erholungs- und Genesungsheime der Krankenkassen handele, wurde von der Mehrheit verworfen. Aus den Reihen der Regierungsparteien wurde dazu vermerkt, daß der Gesetzentwurf sowieso fast ausschließlich auf die ambulante kassenärztliche Behandlung abgestellt sei.

Abs. 2

Es wurde erörtert, ob die Formulierung „einer der nächst erreichbaren Kassenärzte“ ausreichend sei; die vorgebrachten Bedenken konnten zerstreut werden.

Abs. 3

Mit Mehrheit bei einigen Stimmenthaltungen wurde eine Neufassung beschlossen, die insbesondere das Wort „dürfen“ durch „soll“ ersetzt und die Beschränkung auf den gleichen Behandlungsfall beseitigt. Die Erschwerung des Wechsels soll nur innerhalb je eines Kalendervierteljahres gelten.

Abs. 4

Die Worte „beteiligter Arzt“ treffen nunmehr auf die in § 368 a Abs. 5 genannten Krankenhausärzte wie auch auf die in § 368 c Abs. 2 Nr. 12 a genannten Ärzte zu.

Zu § 368 c

Dem Vorschlag eines Abgeordneten, den in den früheren Vorlagen — Drucksachen Nr. 3904 bzw. 87 — enthaltenen Zusatz „es sei denn, daß der Versicherte sich bereit erklärt, die Kosten dafür zu tragen“ in den Entwurf wieder einzufügen, schlossen sich die Ausschüsse nicht an. Dagegen wurde der Halbsatz angefügt: „Die Kasse darf sie (d. h. die Leistung) nachträglich nicht bewilligen“; damit soll einem Übelstand der Gegenwart entgegengetreten werden.

Der Begriff „unwirtschaftlich“, der zunächst von einigen Abgeordneten als dem Heilziele der Versicherung ggfs. abträglich beanstandet worden war, wurde schließlich in der Diskussion als nicht entbehrlich erkannt. Die Änderung „der beteiligte Krankenhausarzt“ in „der beteiligte Arzt“ trägt der Aufnahme der Nr. 12 a in § 368 c Abs. 2 neben dem Absatz 5 des § 368 a Rechnung.

Zu § 368 f

Abs. 1

Die Ausschüsse stellten ausdrücklich fest, daß das „Benehmen“ mit den Krankenkassenverbänden eine Beratung mit diesen voraussetzt.

Das Wort „Gebührentarif“ der Vorlage könnte zu Verwechslungen mit den bestehenden Gebüh-

renordnungen führen; der entsprechende Halbsatz wurde deshalb gestrichen. Wegen der Änderung in die Worte „zugrunde zu legen“ vgl. IV c.

Abs. 2 und 3

Vgl. IV c.

Die Beteiligung der Verbände der Krankenkassen an der Festsetzung des Verteilungsmaßstabes wurde von der Mehrheit gebilligt. Der von der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände vorgebrachte Vorschlag, in Absatz 2 der Vorlage die Buchstaben c und d zu streichen, wurde schließlich nach eingehender Erörterung verworfen. Es wurde, wie unter IV c erläutert, die aus der Ausschlußfassung ersichtliche Formulierung angenommen.

Abs. 4

Die Erörterung eines Vorschlages der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände führte schließlich dazu, daß der Wortlaut der Vorlage mit einer redaktionellen Änderung beibehalten wurde, die der Klarstellung dienen soll.

Die Ausschüsse folgten mit Mehrheit den Bedenken des Rechtsausschusses des Bundesrates nicht, wonach Richtlinien im Bereich der Verwaltung eine verbindliche Wirkung nicht zukomme und deshalb der letzte Satz besser gestrichen werde. Dieser Satz blieb mit der zuvor beschlossenen redaktionellen Änderung bestehen.

Zu § 368 g

Abs. 1

Der Auffassung, daß die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen nur hinsichtlich der Pflicht-, nicht hinsichtlich der Mehr- und Kannleistungen zu berücksichtigen sei, folgte der Ausschuß mit Mehrheit bei einigen Stimmenthaltungen nicht.

Abs. 2 und 3

Mit Rücksicht auf den dem Bundestag vorliegenden Gesetzentwurf über das Verbänderecht der Krankenversicherung wurde die Bezeichnung „Spitzenverbände“ durch „Bundesverbände“ hier wie an anderen Stellen der Vorlage ersetzt.

Die Worte „und in deren Auftrag ihre Untergliederungen“ sind entfallen, da es nach dem nunmehrigen föderativen Aufbau des Gesetzes „Untergliederungen“ nicht mehr gibt. Die Möglichkeit einer Beauftragung nachgeordneter Verwaltungsstellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch diese Streichung nicht berührt.

Abs. 4

Der Absatz gilt insbesondere für das System der „Belegärzte“. Die Ausschüsse folgten dem Vorschlag eines Abgeordneten, den letzten Halbsatz „und die Vergütung nicht durch den Pflegesatz abgegolten wird,“ zu streichen, nicht, änderten den Halbsatz jedoch zur Klarstellung in der aus der Ausschlußfassung ersichtlichen Weise ab.

Abs. 5

Die Aufgaben der Vertragsausschüsse wurden nach Auffassung der Ausschüsse durch die Neufassung positiver gefaßt.

Zu § 368 g 1

Vgl. IV d.

Auf Anregung eines Abgeordneten wurden die Absätze 6 bis 8 des § 368 g der Vorlage, die sich mit der Schlichtung befassen, in einen neuen Paragraphen (368 g 1) zusammengefaßt.

Abs. 1

Die Kündigungsfrist nach einer Zwangsschlichtung (§ 368 g 1 Abs. 1 letzter Satz) wurde auf Antrag eines Abgeordneten auf ein halbes Jahr herabgesetzt; gerade in diesen Fällen soll die Bahn für Vereinbarungen möglichst rasch wieder freigemacht werden. Einer Herabsetzung auf ein Vierteljahr widersprachen die Ausschüsse.

Abs. 3

Mit der Neufassung folgten die Ausschüsse einer Anregung des Bundesarbeitsministeriums.

Zu § 368 h

Abs. 2 und 3

Vgl. IV d.

Anregungen eines Abgeordneten, nur die Befähigung zum Richteramt, dagegen nicht alternativ auch die zum höheren Verwaltungsdienst zu verlangen, sowie die Zahl der Unparteiischen bei den Landesschiedsämtern auf drei zu erhöhen, folgten die Ausschüsse nicht.

Abs. 5

Die Ausschüsse folgten einstimmig, bei einer Stimmenthaltung, der Anregung des Rechtsausschusses nicht, diesen Absatz zu streichen. Der Rechtsausschuß sah in der Regelung eine unzulässige Mischverwaltung; im übrigen redaktionelle Änderungen.

Abs. 5 a

Einfügung auf Vorschlag des Bundesarbeitsministeriums.

Zu § 368 i

Abs. 3

Der Anregung der ärztlichen Verbände, den letzten Halbsatz des Absatzes zu streichen, hatten die Ausschüsse zunächst Rechnung getragen. Hinweise einzelner Länder führten dazu, daß der Halbsatz wieder eingefügt wurde. Aus rechtspolitischen Erwägungen erschien es erforderlich, diese Vorschriften, die den Umfang des Aufsichtsrechtes festlegen, ausdrücklich auch für das Kassenarztrecht aufrechtzuerhalten. Die Änderung des ersten Halbsatzes des letzten Satzes erfolgte auf Anregung des Bundesarbeitsministeriums.

Zu § 368 k

Abs. 1 und 2

Redaktionelle Änderungen.

Abs. 3

Der Text der Vorlage blieb schließlich bestehen, nachdem eingehend erörtert worden war, ob fest-

zulegen sei, aus welchen Kreisen die Mitglieder des Vorstandes zu entnehmen seien.

Abs. 4

Die Neufassung soll den föderativen Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstreichen und zugleich sicherstellen, daß die Mitglieder in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unmittelbar aus dem Kreise der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt werden.

Abs. 6

Der neue Absatz entspringt dem Bedürfnis, die Amtsdauer der Organe — auf vier Kalenderjahre — festzulegen.

Zu § 368 l

Abs. 4

Die Ausschüsse erörterten, ob den Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt die Möglichkeit gegeben werden sollte, Geldbußen aufzuerlegen. Sie hielten schließlich — auch entgegen von Bedenken des Rechtsausschusses — an dieser Befugnis fest, begrenzen sie jedoch auf 1000 DM.

Außerdem entschlossen sich die Ausschüsse, Bestimmungen über die Geldbuße und über das Verfahren durch die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen festlegen zu lassen. Weiter wurden Bestimmungen über die Form des zu erteilenden Bescheides eingefügt.

Abs. 5

Der neue Wortlaut entspricht dem Ergebnis der unter IV f geschilderten Beratung.

Zu § 368 m

Abs. 1

Der Vorschlag der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, dann, wenn die Ärzte den Vertrag nicht einhalten, den Kassen die Möglichkeit zu geben, Regelungen mit Zustimmung ihrer obersten Verwaltungsbehörde zu treffen, wurde erörtert, ohne daß es zu einem entsprechenden Beschluß kam.

Auf Antrag eines Abgeordneten und im Verfolg einer Anregung aus Kreisen der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde erörtert, ob den Kassenärztlichen Vereinigungen auch der Abschluß von Verträgen mit „sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts, die auf Grund gesetzlicher Vorschriften ärztliche Behandlung zu gewähren haben,“ zugebilligt werden solle und ob durch die Verträge nach Absatz 1 eine Tätigkeit von Nichtmitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht ausgeschlossen werden dürfe. Nachdem von einem anderen Abgeordneten eingewendet worden war, daß den Ersatzkassen usw. die Auswahl der für die Kassen tätigen Ärzte überlassen bleiben müsse, wurde von einer Änderung des letzten Satzes des Absatzes 1 abgesehen.

Da aus Rechtsgründen in § 368 o den Bundesausschüssen nicht mehr der Erlaß von „Bestimmungen“, sondern von „Richtlinien“ empfohlen wird, mußten in § 368 m Abs. 1 die Worte „nach näherer

Bestimmung der Bundesausschüsse“ gestrichen werden.

Abs. 2

Der letzte Satz über Verträge mit Universitäts-polikliniken wurde im Zusammenhang mit § 368 d Abs. 1 Satz 3 erörtert, ohne daß es zu einer Beschlußfassung kam.

Abs. 4

Auf Anregung des Bundesarbeitsministeriums wurden in Satz 1 auch die Beschwerdeausschüsse genannt.

Die Ausschüsse neigten mit ihrer Mehrheit, entgegen der Meinung der meisten ärztlichen Mitglieder, dazu, die Krankenkassen an den Sitzungen der Prüfungsausschüsse und der Beschwerdeausschüsse teilnehmen zu lassen. Man einigte sich schließlich dahin, daß der Vertreter der Krankenkasse in diesen Fällen ein Arzt sein müsse, der beratend teilzunehmen, dementsprechend jedoch nicht die Entscheidung mitzufallen habe. Außerdem wurde den Krankenkassen das Recht zugestanden, gegen Entscheidungen der Prüfungsausschüsse in Angelegenheiten der ärztlichen Verordnungsweise den Beschwerdeausschuß anzurufen.

Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt auf Anregung des Bundesarbeitsministeriums als Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes.

Abs. 5

Vgl. IV c.

Zu § 368 n

Abs. 2

Der Anregung, bei Nichteinigung über die Personen des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder wie nach der Neufassung des § 368 h Abs. 2 und 3 zu verfahren, folgten die Ausschüsse nicht.

Zu § 368 o

Abs. 1

Die Ausschüsse schlossen sich der Anregung des Rechtsausschusses an, aus Rechtsgründen die Bundesausschüsse zum Erlaß von „Richtlinien“, nicht jedoch von „Bestimmungen“ zu ermächtigen.

Nr. 2 wurde gestrichen, da ihr Inhalt durch die Worte „wirtschaftliche Versorgung“ in Nr. 1 gedeckt ist. Dem Wunsch der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, ausdrücklich die Versorgung mit Zahnersatz zu erwähnen, wurde Rechnung getragen.

Abs. 2 und 3

Nachdem in Absatz 1 die Ermächtigung auf den Erlaß von „Richtlinien“ abgeändert war, mußten in Absatz 2 und 3 die entsprechenden Änderungen vorgenommen werden, insbesondere konnte nicht mehr eine „verbindliche“ Wirkung solcher Richtlinien vorgesehen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 3

Der Wunsch der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, auch § 119 Abs. 1 Nr. 5 RVO zu

streichen, wurde anerkannt, da dies eine Folge des Wegfalles des § 370 RVO ist. Auch die im neuen Text genannten Vorschriften der §§ 291, 375 und 377 sind nunmehr überholt, weshalb sie ebenfalls in Fortfall gebracht wurden.

Zu Artikel 2

Eine angeregte Ergänzung zu § 57 a, wonach die Klage bei jedem Sozialgericht eingereicht werden könne, erwies sich als überflüssig, da der § 91 des Sozialgerichtsgesetzes bereits eine entsprechende Vorschrift enthält.

Die weiteren Ergänzungen machen sich nach Auffassung des Bundesarbeitsministeriums, der sich die Ausschüsse anschlossen, aus dem Inhalt der Vorlage heraus notwendig; sie entsprechen überdies teilweise Wünschen der Ärzte.

Zu Artikel 3

Die in den Absätzen 1 und 2 vorgesehenen Änderungen ergeben sich aus den besonderen Verhältnissen Berlins, die von den Ausschüssen anerkannt wurden.

Zu Artikel 4

§ 1

Eine Anregung der Kassenärztlichen Vereinigungen Hessens, einige Vorschriften des Hessischen Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessens bestehen zu lassen, wurde erörtert. Schließlich hielten die Ausschüsse doch an der bisherigen Fassung fest.

§ 2

Die Änderung in Absatz 2 dient der Klarstellung.

§ 4

Dem Wunsch von Ärzten, die Frist für den erst-

maligen Beschluß einer neuen Satzung zu verlängern, wurde in der aus der Ausschußvorlage ersichtlichen Form Rechnung getragen.

§ 5

Auf Anregung des Bundesarbeitsministeriums wurde dieser Paragraph gestrichen, da nach § 61 des Gesetzes zu Art. 131 GG der Bundesminister des Innern ermächtigt ist, durch Rechtsverordnung das Nähere zur Durchführung der besonderen Unterbringungspflicht und der Versorgung zu regeln, und da im Bundesministerium des Innern eine entsprechende Vorlage vorbereitet wird.

§ 9

Der neue Absatz 2 erweitert die Gebührenfreiheit auch auf die Rückübertragung von Grundstücken, die nach 1933 mit Mitteln einer Landesstelle von der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands erworben worden sind; jedoch wurde die Frist hierfür auf ein Jahr begrenzt.

§ 10 a

Die Ausschüsse folgten mit dieser Einfügung einer Anregung des Bundesarbeitsministeriums.

§ 11

Die von einem Abgeordneten vorgeschlagene Befristung des Erlasses einer bundeseinheitlichen Zulassungsordnung wurde erörtert, ohne daß es zu einer Beschlußfassung kam.

Der neue Absatz 3 wurde auf Anregung des Bundesarbeitsministeriums hinzugefügt.

Bonn, den 1. April 1955

Dr. Preller
Berichterstatter

B. Antrag des Ausschusses:

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf — Drucksache 528 — mit den aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Änderungen anzunehmen;

2. die folgende Entschließung zu fassen:

Der Bundestag weist bei der Verabschiedung des Gesetzes über das Kassenarztrecht darauf hin, daß das Anliegen des Arztes sich mit der Heilung nicht erschöpft. Es ist vielmehr mit der Verhütung der Krankheit, mit der Festigung und Verbesserung des Gesundheitszustandes notwendig und untrennbar verbunden.

Der Bundestag ersucht deshalb die Bundesregierung, der Gesundheitsvorsorge innerhalb der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung das besondere Augenmerk zuzuwenden und dem Bundestag im Rahmen der beabsichtigten Sozialreform geeignete Vorschläge zu unterbreiten.

Bonn, den 1. April 1955

Der Ausschuß für Sozialpolitik

Richter
Vorsitzender

Dr. Preller
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes über Änderungen von Vorschriften des
Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des
Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht — GKAR)

- Drucksache 528, Umdruck 120 -

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Sozialpolitik
(28. Ausschuß)

Entwurf

Entwurf eines Gesetzes über Änderungen von
Vorschriften des Zweiten Buches der Reichs-
versicherungsordnung und zur Ergänzung des
Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarzt-
recht — GKAR)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bun-
desrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderungen der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung wird wie
folgt geändert:

1. Im Vierten Abschnitt des Zweiten Buches er-
hält die Überschrift des Teils VI folgenden
Wortlaut:

„VI. Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten,
Krankenhäusern, Apotheken und Heb-
ammen“

2. Die §§ 368 bis 369 werden durch die folgen-
den §§ 368 bis 368 p ersetzt:

„§ 368

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen
(§ 225) wirken zur Sicherstellung der ärzt-
lichen Versorgung der Versicherten und ihrer
Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zu-
sammen. Ihre Beziehungen regeln sich nach
den Vorschriften der §§ 368 a bis 368 p. Die
Regelung erstreckt sich auf

Beschlüsse des 28. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes über Änderungen von
Vorschriften des Zweiten Buches der Reichs-
versicherungsordnung und zur Ergänzung des
Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarzt-
recht — GKAR)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bun-
desrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderungen der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung wird wie
folgt geändert:

1. un verändert

2. Die §§ 368 bis 369 werden durch die folgen-
den §§ 368 bis 368 p ersetzt:

„§ 368

(1) un verändert

die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit

(§§ 368 a bis 368 c),

die Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit

(§§ 368 d bis 368 f),

das Vertragswesen und das Schlichtungswesen

(§§ 368 g bis 368 h),

die Bildung von Kassenärztlichen Vereinigungen

(§§ 368 i bis 368 m),

die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen

(§§ 368 n bis 368 p).

Soweit sich die folgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.

(2) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung (§ 182). Zu ihr gehören auch die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln und von Krankenhauspflege sowie die Ausstellung der *für die sonstigen Leistungen der Krankenkassen erforderlichen Bescheinigungen*.

§ 368 a

(1) Um eine ausreichende ärztliche Versorgung und die freie Wahl unter einer genügenden Zahl von Ärzten zu gewährleisten, sind im Zulassungsbezirk (§ 368 b Abs. 1) in der Regel

auf je *sechshundert* Mitglieder *mindestens* ein Arzt und

auf je *eintausendzweihundertundfünfzig* Mitglieder *mindestens* ein Zahnarzt

zuzulassen (Verhältniszahl). Bei der Feststellung der Verhältniszahl werden, soweit es sich um die gegen Krankheit versicherten Rentner handelt (§ 4 des Gesetzes über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 24. Juli 1941 — Reichsgesetzbl. I S. 443 —), $66\frac{2}{3}$ v. H. der Renten angerechnet.

(2) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören auch die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Verordnung von Arznei und Heilmitteln und von Krankenhauspflege sowie die Ausstellung der Bescheinigungen, **die die Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.**

§ 368 a

(1) Um eine ausreichende ärztliche Versorgung und die freie Wahl unter einer genügenden Zahl von Ärzten zu gewährleisten, sind im Zulassungsbezirk (§ 368 b Abs. 1) in der Regel

auf je **fünfhundert** Mitglieder ein Arzt und

auf je **neunhundert** Mitglieder ein Zahnarzt

zuzulassen (Verhältniszahl). Bei der Feststellung der Verhältniszahl werden, soweit es sich um die gegen Krankheit versicherten Rentner handelt (§ 4 des Gesetzes über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 24. Juli 1941 — Reichsgesetzbl. I S. 443 —), $66\frac{2}{3}$ v. H. der Renten angerechnet. **Bei der Feststellung der Verhältniszahlen nach diesem Gesetz sind die auf Grund des § 7 b des Gesetzes über Hilfsmaßnahmen für Heimkehrer (Heimkehrergesetz) in der Fassung vom 17. August 1953 (Bundes-**

(2) Die Zulassung erfolgt für einen oder mehrere Orte oder für Ortsteile (Kassenarztsitz).

(3) Um die Zulassung kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt-, Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister berechtigt zur Bewerbung im Geltungsbereich des Gesetzes.

(4) Die Zulassung bewirkt, daß der Kassenarzt ordentliches Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist; die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) sind für ihn verbindlich.

gesetzbl. I S. 931) und des § 70 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz — BVFG —) vom 19. Mai 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 201) und des § 27 des Bundesergänzungsgesetzes zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung (BEG) vom 18. Dezember 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1387) als zugelassen geltenden Ärzte auf die in Satz 1 festgesetzte Verhältniszahl anzurechnen.

(2) unverändert

(3) Um die Zulassung für einen ausgeschriebenen Kassenarztsitz kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag nach Ableistung einer Vorbereitungszeit, deren Dauer und Art die Zulassungsordnung bestimmt; die Eintragung berechtigt zur Bewerbung im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

(4) unverändert

(4 a) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber innerhalb einer angemessenen Frist zu erwarten ist und die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung eine alsbaldige Neubesetzung der Kassenarztstelle nicht erfordert.

(4 b) Die Zulassung kann entzogen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kassenarzt die kassenärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder der Kassenarzt seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

(4 c) Die Zulassung endet mit dem Tode, nach Verzicht oder mit dem Wegzuge des Berechtigten aus dem Bezirk des ihm zugewiesenen Kassenarztsitzes.

(5) Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) können vom Zulassungsausschuß auf Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhause an der kassenärztlichen Versorgung durch Überweisung von Kassenärzten beteiligt werden. Die Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.

§ 368 b

(1) Zur Beschlußfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk jeder kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk)

einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nicht-zugelassener Arzt sein. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Untergliederungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen. Die Vorschriften der §§ 115 bis 117 gelten entsprechend.

(5) Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen), sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhause an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.

§ 368 b

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen. Die Vorschriften der §§ 115 bis 117 gelten entsprechend.

Entwurf

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zulassung und über die Entziehung der Zulassung sowie über die Beteiligung und den Widerruf der Beteiligung nach § 368 a Abs. 5 können die beteiligten Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung *Berufung an den Berufungsausschuß* einlegen; *die Berufung* bewirkt Aufschub, *wenn nicht der Berufungsausschuß auf Antrag des Zulassungsausschusses die sofortige Vollziehung der Entscheidung anordnet.*

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung

- einen Berufungsausschuß für Ärzte und
- einen Berufungsausschuß für Zahnärzte.

Nach Bedarf können mehrere Berufungsausschüsse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder es kann ein gemeinsamer Berufungsausschuß für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen errichtet werden. Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl als Beisitzer. Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 2 bis 4 und des Absatzes 3 gelten entsprechend. Die Berufungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit.

(6) Das Verfahren vor den Berufungsausschüssen gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 78 und 79 des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1239).

(7) Die Aufsicht über die Führung der Geschäfte der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie berufen die

Beschlüsse des 28. Ausschusses

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zulassung und über die Entziehung der Zulassung sowie über die Beteiligung und den Widerruf der Beteiligung nach § 368 a Abs. 5 können die **am Verfahren** beteiligten Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung **Widerspruch bei dem Berufungsausschuß** einlegen; **der Widerspruch** bewirkt Aufschub.

(4 a) **Der Berufungsausschuß kann die Vollziehung seiner Entscheidung anordnen, wenn er sie im öffentlichen Interesse für geboten hält.**

(5) **unverändert**

(6) Das Verfahren vor den Berufungsausschüssen gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 79 und 80 des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1239).

(7) Die Aufsicht über die Führung der Geschäfte der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (**Ausschüsse**) führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie berufen die

Entwurf

Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange eine Bestellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen nicht erfolgt.

§ 368 c

(1) Die Zulassungsordnungen regeln das Nähere über die Zulassung. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit nach Beratung mit den Bundesausschüssen (§ 368 n) mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Feststellung der Verhältniszahl,
2. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
3. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in die Arztregister und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
4. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Eintragungen in die Arztregister,
5. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der *Zulassungsausschüsse* sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
6. die Geschäftsführung der *Zulassungsausschüsse*,
7. das Verfahren vor den *Zulassungsausschüssen*,
8. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der *Zulassungsausschüsse* auf die beteiligten Verbände,
9. die Bestimmung und die Ausschreibung der Kassenarztstellen,
10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der *Ausbildung* und der *persönlichen und beruflichen* Eignung,

Beschlüsse des 28. Ausschusses

fen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange eine Bestellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen nicht erfolgt.

§ 368 c

(1) **u n v e r ä n d e r t**

(2) Die Zulassungsordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. **u n v e r ä n d e r t**
2. **u n v e r ä n d e r t**
3. **u n v e r ä n d e r t**
4. das Verfahren für die Eintragungen in die Arztregister,
5. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der **Ausschüsse** sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
6. die Geschäftsführung der **Ausschüsse**,
7. das Verfahren von den **Ausschüssen** entsprechend den Grundsätzen des **Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit**,
8. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der **Ausschüsse** auf die beteiligten Verbände,
9. **u n v e r ä n d e r t**
10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der **Vorbereitung** und der Eignung **zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit**,

Entwurf

11. die Grundsätze für die Auswahl unter den Bewerbern,
12. den Umfang der Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte,
13. *das Ende, das Ruhen und die Entziehung der Zulassung und der Beteiligung.*

(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen. *Sie können Vorschriften über eine gemeinschaftliche Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit durch mehrere Kassenärzte enthalten.*

§ 368 d

(1) Es besteht vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3 freie Wahl unter den Kassenärzten und den Zahnkliniken der Krankenkassen sowie im Überweisungsfall unter den beteiligten Krankenhausärzten (§ 368 a Abs. 5). Nichtzugelassene Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken und der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Zahl und Umfang *dieser* Eigeneinrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenärzte oder beteiligten Krankenhausärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) *Der Kassenarzt und der beteiligte Krankenhausarzt dürfen während des gleichen Behandlungsfalles nicht ohne triftigen Grund gewechselt werden.*

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Kassenarzt und den beteiligten Arzt dem zu Behandelnden gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

Beschlüsse des 28. Ausschusses

11. die Grundsätze für die Auswahl unter den Bewerbern, **wobei in erster Linie die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen sind,**
12. **unverändert**
- 12 a. **die Beteiligung anderer Ärzte in besonderen Fällen.**
13. **entfällt**

(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange **nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes** die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen **oder die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können.**

§ 368 d

(1) Es besteht vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3 freie Wahl unter den Kassenärzten und den Zahnkliniken der Krankenkassen sowie im Überweisungsfall unter den beteiligten Krankenhausärzten (§ 368 a Abs. 5). Nichtzugelassene Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken und der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Zahl und Umfang **der** Eigeneinrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden.

(2) **unverändert**

(3) **Der Versicherte soll den Kassenarzt und den beteiligten Krankenhausarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.**

(4) **unverändert**

§ 368 e

Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte *Krankenhausarzt* dürfen sie nicht bewirken oder verordnen.

§ 368 f

(1) Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benchmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzt hat; *hierbei kann auch ein von den Bundesausschüssen beschlossener Gebührentarif zugrunde gelegt werden.* Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zu berücksichtigen; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll zugleich sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung bestimmt sich

1. nach der jeweiligen Zahl der Versicherten und
2. dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen (Kopfpauschale).

Bei der Festsetzung des Kopfpauschales sind angemessen zu berücksichtigen

- a) die in einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Zeitraum (Ausgangszeitraum) ausgeführten ärztlichen Leistungen *einschließlich der ärztlichen Sachleistungen, der Wegegebühren, der Leistungen von nicht zugelassenen Ärzten in dringenden Fällen und der Behandlung von Versicherten außerhalb des Kassenbezirks, soweit sie den in § 368 e aufgestellten Behandlungsgrundsätzen entsprechen,*

§ 368 e

Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte Arzt dürfen sie nicht bewirken oder verordnen; **die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.**

§ 368 f

(1) Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benchmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzt hat. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes **zugrunde zu legen**; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll zugleich sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung bestimmt sich

1. u n v e r ä n d e r t

2. nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen (Kopfpauschale).

Für die Ermittlung des Jahresbedarfs sind die in einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Zeitraum (Ausgangszeitraum) ausgeführten ärztlichen Leistungen **zugrunde zu legen. Die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse** und die seit der letzten Festsetzung des Kopfpauschales eingetretene Veränderung der Grundlohnsumme sind angemessen zu berücksichtigen.

- b) die für die Leistungen nach Buchstabe a im Ausgangszeitraum aufgewendeten Ausgaben,
- c) die seit der letzten Festsetzung des Kopfpauschales eingetretene Veränderung der Grundlohnsumme,
- d) die seit diesem Zeitpunkt eingetretene Vermehrung oder Verminderung der ärztlichen Leistungen.

Das Kopfpauschale wird für jede Krankenkasse berechnet und im Gesamtvertrag (§ 368 g Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3) festgesetzt. Der Gesamtvertrag muß Bestimmungen enthalten über die Anpassung des Kopfpauschales an eine während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die *Entwicklung der Grundlohnsumme*. In den Bundesmantelverträgen (§ 368 g Abs. 2 Satz 2) *sind allgemeine Grundsätze über die Festsetzung und die Anpassung des Kopfpauschales aufzustellen* (Vergütungsabkommen).

(3) Abweichend von den Vorschriften des Absatzes 2 kann im Gesamtvertrage vereinbart werden, daß die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen oder nach einem System berechnet wird, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt. *Gegen den Willen einer Vertragspartei kann eine solche Vereinbarung nicht durch Entscheidung der Schiedsämter (§ 368 h) ersetzt werden.*

(4) Im Gesamtvertrag kann vereinbart werden, daß die Vergütung ärztlicher Sachleistungen, die nicht von Kassenärzten ausgeführt werden, nicht in die Gesamtvergütung einbezogen wird. Die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung, die in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Für die Vergütung ärztlicher Leistungen, die nicht in die Gesamtvergütung einbezogen sind, beschließen die Bundesausschüsse Richtlinien; sie können dabei von den Vorschriften des Absatzes 2 abweichen.

(5) Für die stationäre Behandlung in Krankenanstalten (§ 368 g Abs. 4), für die

Das Kopfpauschale wird für jede Krankenkasse berechnet und im Gesamtvertrag (§ 368 g Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3) festgesetzt. Der Gesamtvertrag muß Bestimmungen enthalten über die Anpassung des Kopfpauschales an eine während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die **wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkasse sowie über die Anpassung an die Grundlohnsumme. Die Veränderungen sind nachzuweisen.** In den Bundesmantelverträgen (§ 368 g Abs. 2 Satz 2) **können weitere Grundsätze und Richtlinien** über die Festsetzung und die Anpassung des Kopfpauschales **aufgestellt werden** (Vergütungsabkommen).

(3) Abweichend von den Vorschriften des Absatzes 2 kann im Gesamtvertrage vereinbart werden, daß die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen oder nach einem System berechnet wird, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt.

(4) Im Gesamtvertrag kann vereinbart werden, daß die Vergütung ärztlicher Sachleistungen, die nicht von Kassenärzten ausgeführt werden, nicht in die Gesamtvergütung einbezogen wird. Die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung, die in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Für die Vergütung ärztlicher **Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung nach den Sätzen 1 und 2**, die nicht in die Gesamtvergütung einbezogen sind, beschließen die Bundesausschüsse Richtlinien; sie können dabei von den Vorschriften des Absatzes 2 abweichen.

(5) u n v e r ä n d e r t

ärztliche Behandlung der Rentner und ihrer Angehörigen sowie sonstiger Versicherter, für die der Beitrag nicht nach dem Grundlohn entrichtet wird, sowie für die ärztliche Behandlung solcher Personen, für die die Krankenkassen nach der Vorschrift des § 363 a oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften die Gewährung ärztlicher Behandlung übernehmen, müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen enthalten, soweit die Vergütung nicht unmittelbar durch andere Kostenträger erfolgt. Die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Richtlinien.

§ 368 g

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der *Bestimmungen* der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist, und daß die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen *oder in deren Auftrag ihre Untergliederungen* schließen mit den Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den *Spitzenverbänden* der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge). Die Bundesmantelverträge können nach Maßgabe bezirklicher Bedürfnisse durch Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen ergänzt werden (Landesmantelverträge).

(3) Gesamtverträge mit Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geschlossen; sie können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen.

(4) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Kranken-

§ 368 g

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der **Richtlinien** der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist, und daß die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den **Bundesverbänden** der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge). Die Bundesmantelverträge können nach Maßgabe bezirklicher Bedürfnisse durch Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen ergänzt werden (Landesmantelverträge).

(3) **u n v e r ä n d e r t**

(4) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Kran-

häusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und die Vergütung nicht durch den Pflegesatz abgegolten wird.

(5) Zur Überwachung der Durchführung der Verträge, zur Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge sind in allen Verträgen paritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorzusehen; die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Richtlinien.

(6) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, so hat das Schiedsamt (§ 368 h) auf Antrag einer der Vertragsparteien zu versuchen, eine Einigung über den Inhalt des Vertrages herbeizuführen, und, wenn die Vertragsparteien sich innerhalb einer vom Schiedsamt zu setzenden Frist nicht einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragsparteien nicht innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung angenommen, so setzt das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne der Absätze 2 und 3. Sie kann nach Ablauf eines Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht das Schiedsamt eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.

(7) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, so hat sie gleichzeitig die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, so hat das Schiedsamt dessen Inhalt innerhalb von drei Monaten festzusetzen. Absatz 6 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. Bis zur Entscheidung des Schiedsamts gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter.

(8) Die Einlegung eines Rechtsmittels gegen Entscheidungen des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.

kenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird.

(5) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung der Verträge, zur Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge sind in allen Verträgen paritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorzusehen; die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Richtlinien.

§ 368 g 1

(1) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, so hat das Schiedsamt (§ 368 h) auf Antrag einer der Vertragsparteien zu versuchen, eine Einigung über den Inhalt des Vertrages herbeizuführen, und, wenn die Vertragsparteien sich innerhalb einer vom Schiedsamt zu setzenden Frist nicht einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragsparteien nicht innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung angenommen, so setzt das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 368 g Abs. 2 und 3. Sie kann nach Ablauf eines halben Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht das Schiedsamt eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.

(2) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, so hat sie gleichzeitig die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, so hat das Schiedsamt dessen Inhalt innerhalb von drei Monaten festzusetzen. Absatz 1 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. Bis zur Entscheidung des Schiedsamts gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter.

(3) Die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen Entscheidungen des Schiedsamts bewirkt nur in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen Aufschub.

§ 368 h

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für die Bezirke mehrerer Kassenärztlichen Vereinigungen

ein Landesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und

ein Landesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die *Spitzenverbände* der Krankenkassen errichten

ein Bundesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und

ein Bundesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

(2) Die Landesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst *und* aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; *kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen.* Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Mitglieder der Landesschiedsämter versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesschiedsämter werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen.

§ 368 h

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für die Bezirke mehrerer Kassenärztlichen Vereinigungen

ein Landesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und

ein Landesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die **Bundesverbände** der Krankenkassen errichten

ein Bundesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung und

ein Bundesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

(2) Die Landesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst **sowie** aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen. **Für den Fall, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen sich nicht auf den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter für eine Amtsdauer von vier Jahren einigen, stellen beide Organisationen eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und ihre Stellvertreter enthalten muß. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter aus der gemeinsam aufgestellten Liste, so entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Falle ein Jahr.** Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Mitglieder der Landesschiedsämter versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesschiedsämter werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen.

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst *und* aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. *Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.* Die Vertreter der Ärzte werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 4 *und* 5 gelten entsprechend.

(4) In den Fällen des § 368 g Abs. 6 *und* 7 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge und der Landesmantelverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Gesamtverträge und der Bundesmantelverträge.

(5) Gegen die Entscheidungen der Landesschiedsämter können die Vertragsparteien binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung das Bundesschiedsamt anrufen. Die Anrufung bewirkt bei Streit über die Höhe der Gesamtvergütung nur hinsichtlich des streitigen Teiles Aufschub; bis zur Entscheidung ist die Vergütung im übrigen in der Höhe fortzuzahlen, in der sie vor der angefochtenen Entscheidung gewährt wurde. Das Verfahren gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 78 und 79 des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1239).

(6) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesschiedsämter führt der Bundesminister für Arbeit. § 368 b Abs. 7 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Der Bundesminister für Arbeit erläßt nach Beratung mit den Bundesausschüssen

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst **sowie** aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den **Bundesverbänden** der Krankenkassen bestellt. Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 2 **bis** 5, 7 **und** 8 gelten entsprechend.

(4) In den Fällen des § 368 g 1 Abs. 1 **und** 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 bezeichneten Gesamtverträge und der Landesmantelverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Gesamtverträge und der **im § 368 g Abs. 2 bezeichneten** Bundesmantelverträge.

(5) Gegen die Entscheidungen der Landesschiedsämter können die Vertragsparteien binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung das Bundesschiedsamt anrufen. Die Anrufung bewirkt bei Streit über die Höhe der Gesamtvergütung nur hinsichtlich des streitigen Teiles Aufschub; bis zur Entscheidung ist die Vergütung im übrigen in der Höhe fortzuzahlen, in der sie vor der angefochtenen Entscheidung gewährt wurde. Das Verfahren gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 79 **und** 80 des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1239).

(5 a) Soweit die Bundesschiedsämter nach Absatz 4 zuständig sind, findet ein Vorverfahren nicht statt.

(6) **u n v e r ä n d e r t**

(7) **u n v e r ä n d e r t**

eine Schiedsamsordnung als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Schiedsamsordnung muß Bestimmungen enthalten über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Geschäftsführung,
3. das Verfahren,
4. die Erhebung und die Höhe der Gebühren.

§ 368 i

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes je eine Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). Mit Zustimmung der beteiligten, für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können für den Bereich mehrerer Länder gemeinsame Kassenärztliche Vereinigungen gebildet werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen).

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt der Bundesminister für Arbeit, über die Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. 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, die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen. *Die Aufsicht* erstreckt sich *auf die Einhaltung von* Gesetz und Satzung; die §§ 27 d, 27 e, 30 bis 32 gelten entsprechend.

(4) Ordentliche Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Kassenärzte und — für die Dauer ihrer Beteiligung — die an der

§ 368 i

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes je eine Kassenärztliche und **eine** Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). Mit Zustimmung der beteiligten, für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können für den Bereich mehrerer Länder gemeinsame Kassenärztliche Vereinigungen gebildet werden.

(2) **unverändert**

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt der Bundesminister für Arbeit, **die Aufsicht** über die Kassenärztlichen Vereinigungen **führen** die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. 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; die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen. **Das Aufsichtsrecht** erstreckt sich **darauf, daß** Gesetz und Satzung **beachtet werden**; die §§ 27 d, 27 e, 30 bis 32 gelten entsprechend.

(4) **unverändert**

kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte. Außerordentliche Mitglieder der für die Führung des Arztregisters zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind die in das Arztregister eingetragenen nicht zugelassenen Ärzte.

§ 368 k

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden je eine Vertreterversammlung und einen Vorstand als Organe der Selbstverwaltung. *Mitglieder der Vertreterversammlung können nicht Mitglieder des Vorstandes sein.*

(2) Die Gesamtzahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmt die Satzung. Die außerordentlichen Mitglieder sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten, höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß jedoch mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören; für die außerordentlichen Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

(3) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmt die Satzung die Zahl der Mitglieder der Vorstände. Ihnen muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt angehören.

(4) Die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen. *Die ordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Gesamtheit der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.*

§ 368 k

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden je eine Vertreterversammlung und einen Vorstand als Organe der Selbstverwaltung. **Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein.**

(2) Die Gesamtzahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmt die Satzung. Die außerordentlichen Mitglieder **der Kassenärztlichen Vereinigungen** sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten, höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören; für die außerordentlichen Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

(3) **u n v e r ä n d e r t**

(4) Die ordentlichen und **die** außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen. **Die Vertreter der ordentlichen Mitglieder jeder Vertreterversammlung wählen aus dem Kreise der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung** in unmittelbarer und geheimer Wahl die **ihr zustehenden** Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. **Entsprechendes gilt für die** außerordentlichen Mitglieder.

(5) Die Vertreter der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder in den Vertreterversammlungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl getrennt die Mitglieder der Vorstände.

§ 368 I

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung; diese bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über

1. Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsdauer, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Organe,
3. Rechte und Pflichten der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder,
4. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
5. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
6. Änderung der Satzung,
7. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen die von den Bundesvereinigungen abgeschlossenen Verträge und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich sind.

(3) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, so müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen Bestimmungen enthalten.

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über die Befugnisse der Kassen-

(5) Die Vertreter der ordentlichen und der außerordentlichen Mitglieder in den Vertreterversammlungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl getrennt die Mitglieder der Vorstände.

(6) Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden auf die Dauer von vier Jahren gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Durchführung der Wahl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten.

§ 368 I

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung; diese bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über

1. unverändert
2. unverändert
3. Rechte und Pflichten der ordentlichen und der außerordentlichen Mitglieder,
4. unverändert
5. unverändert
6. unverändert
7. unverändert

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über

Entwurf

ärztlichen Vereinigungen gegenüber Mitgliedern, die ihre kassenärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. *Sie können zu diesem Zweck Verwarnung, Verweis und Geldbuße vorsehen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können Richtlinien über das Verfahren aufstellen.*

(5) *Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen können Bestimmungen enthalten über eine Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder. In den Satzungen kann vorgesehen werden, daß Versorgungseinrichtungen dieser Art mit Zustimmung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam errichtet oder mit bestehenden Versorgungseinrichtungen verbunden werden können. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Satzungen die Errichtung gemeinsamer Versorgungseinrichtungen vorsehen.*

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden durch ihre Vorstände gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Die Satzung kann bestimmen, daß auch einzelne Vorstandsmitglieder die Vereinigungen vertreten können. Die Satzung kann mit Wirkung gegen Dritte Beschränkungen des Umfangs der Vertretungsmacht festlegen.

§ 368 m

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die nach § 182 den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzu-

Beschlüsse des 28. Ausschusses

1. die Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber Mitgliedern, die ihre kassenärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen, **dabei kann Verwarnung, Verweis und Geldbuße bis zu 1000 Deutsche Mark vorgesehen werden,**
2. das Verfahren bei Ausübung dieser Befugnisse.

Der von der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu erteilende Bescheid ist zu begründen und soll eine Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Gerichts enthalten.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können durch Satzung Maßnahmen treffen, die eine ausreichende Versorgung der Kassenärzte und ihrer Hinterbliebenen für den Fall des Alters, der Erwerbsunfähigkeit und des Todes gewährleisten. Die Versorgung kann durch Bestimmungen im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabes geregelt werden. Die sich daraus ergebende Honorarminderung ist dem einzelnen Arzt gegenüber **gesondert auszuweisen.** In den Satzungen kann vorgesehen werden, daß Versorgungseinrichtungen mit Zustimmung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam errichtet oder mit bestehenden Versorgungseinrichtungen verbunden werden können. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Satzungen die Errichtung gemeinsamer Versorgungseinrichtungen vorsehen.

(6) **u n v e r ä n d e r t**

§ 368 m

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die nach § 182 den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustel-

stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber *nach näherer Bestimmung der Bundesausschüsse* die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der in § 368 l Abs. 4 vorgesehenen Maßnahmen zu ihrer Erfüllung anzuhalten. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen; die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen.

(2) Die auf Grund der Zulassung oder der Beteiligung (§ 368 a Abs. 5) in Krankenhäusern ausgeführten und in die Gesamtvergütung einbezogenen ärztlichen Sachleistungen werden unbeschadet der Vergütung rein ärztlicher Leistungen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern außerhalb des Verteilungsmaßstabes (§ 368 f Abs. 1) nach Sätzen vergütet, die zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen der leitende Krankenhausarzt als Kassenarzt nicht zugelassen oder nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist. Die kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Universitäten Verträge über die Vergütung für Behandlung von Versicherten in den Polikliniken.

(3) Die gesetz- und vertragsgemäße Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist Angelegenheit der kassenärztlichen Vereinigungen, auch soweit es sich um die Durchführung der von den kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 368 g Abs. 3 geschlossenen Gesamtverträge handelt. Die kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen; sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der kassen-

len und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der in § 368 l Abs. 4 vorgesehenen Maßnahmen zu ihrer Erfüllung anzuhalten. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen; die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen.

(2) u n v e r ä n d e r t

(3) Die gesetz- und vertragsgemäße Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist Angelegenheit der kassenärztlichen Vereinigungen, auch soweit es sich um die Durchführung der von den kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 368 g Abs. 3 geschlossenen Gesamtverträge handelt. Die kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen; sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der kassen-

Entwurf

ärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben Richtlinien über Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

(4) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzung Prüfungsausschüsse.

§ 368 n

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für den Bereich jedes Landes

- einen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und
- einen Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die *Spitzen*verbände der Krankenkassen bilden

- einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und

Beschlüsse des 28. Ausschusses

ärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

(4) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, sofern die Gesamtvergütung nicht nach Einzelleistungen berechnet wird. Die Krankenkassen können zu den Prüfungsausschüssen und zu den Beschwerdeausschüssen einen von ihnen beauftragten Arzt entsenden, der beratend mitwirkt. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse kann der betroffene Arzt den Beschwerdeausschuß anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Bei der Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise haben die Krankenkassen des Recht, gegen die Entscheidung der Prüfungsausschüsse den Beschwerdeausschuß anzurufen. Für das Verfahren finden die §§ 84 Abs. 1, 85 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes Anwendung. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 79 und 80 des Sozialgerichtsgesetzes.

(5) Wird die Gesamtvergütung gemäß § 368 f Abs. 3 nach Einzelleistungen berechnet, so bleiben die Zusammensetzung der Ausschüsse und das Verfahren hinsichtlich des Nachweises und der Prüfung der einzelnen Leistungen der Ärzte einer Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern vorbehalten.

§ 368 n

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für den Bereich jedes Landes

- einen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und
- einen Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen bilden

- einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und

Entwurf

einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen sowie je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die *Spitzenverbände* der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der *Spitzenverbände* der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den *Spitzenverbänden* der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein.

siehe Absatz 3

Beschlüsse des 28. Ausschusses

einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

siehe Absatz 3

(2) Die Landesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen. Besteht in dem Bereich eines Landes Ausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so verringert sich entsprechend die Zahl der Ärzte. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbän-

(3) Die Landesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen. Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so verringert sich entsprechend die Zahl der Ärzte. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt.

siehe Absatz 2

den der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein.

siehe Absatz 2

(3) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen sowie je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein.

(4) Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesausschüsse werden von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen, die Kosten der Bundesausschüsse werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den *Spitzenverbänden* der Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Der Bundesminister für Arbeit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der *Spitzenverbände* der Krankenkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(5) Die Ausschüsse stellen für die Durchführung ihrer Geschäfte eine Geschäftsordnung auf; in dieser kann vorgesehen werden, daß bestimmte Aufgaben einem engeren Ausschuß übertragen werden.

(6) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesausschüsse führt der Bundesminister für Arbeit. § 368 b Abs. 7 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 368 o

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen *Bestimmungen* über

1. die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
2. die *Verhütung übermäßiger Inanspruchnahme der Krankenkassen.*

(2) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen *Bestimmungen* sind dem Bundesminister für Arbeit vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse

(4) Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten der Landesausschüsse werden von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen, die Kosten der Bundesausschüsse werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den **Bundesverbänden** der Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Der Bundesminister für Arbeit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der **Bundesverbände** der Krankenkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(5) **u n v e r ä n d e r t**

(6) **u n v e r ä n d e r t**

§ 368 o

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen **Richtlinien** über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, **die Versorgung mit Zahnersatz**, die Verordnung von Arznei und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.

(2) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen **Richtlinien** sind dem Bundesminister für Arbeit vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen

Entwurf

der Bundesausschüsse nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt der Bundesminister für Arbeit durch *Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die erforderlichen Vorschriften*.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, nach denen die in Absatz 1 genannten *Beschlüsse für ihre Mitglieder verbindlich sind*.

(4) Zur Sicherung gleichmäßiger, zweckmäßiger und angemessener Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) können die Bundesausschüsse Richtlinien für den Abschluß und den Inhalt dieser Verträge aufstellen.

§ 368 p

(1) Die Landesausschüsse sollen die bezirkliche und örtliche enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen, sowie das Zusammenwirken des vertrauensärztlichen Dienstes mit Ärzten und Krankenkassen fördern.

(2) Die Landesausschüsse stellen für ihren Bezirk Richtlinien auf, welche die der Bundesausschüsse nach den bezirklichen Bedürfnissen ergänzen.

(3) Die Landesausschüsse sollen Anregungen für die Durchführung von Maßnahmen nach § 187 Nr. 2 und 4 und für die Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen mit den übrigen Trägern der Sozialversicherung und den Gesundheitsämtern auf dem Gebiet der allgemeinen Krankheitsverhütung und der Gesundheitspflege geben.“

3. Die §§ 370, 370a, 372, 373, 374 fallen weg.

Artikel 2

Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes

Hinter § 57 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1239) wird folgender § 57a eingefügt:

Beschlüsse des 28. Ausschusses

Beschlüsse der Bundesausschüsse nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt der Bundesminister für Arbeit **die Richtlinien**.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, nach denen die in Absatz 1 genannten **Richtlinien von ihren Mitgliedern beachtet werden sollen**.

(4) **unverändert**

§ 368 p

unverändert

Artikel 2

Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz (SGG) vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1239) wird wie folgt ergänzt:

1. In § 17 wird hinter Absatz 3 folgender neuer Absatz 4 angefügt:

„(4) Geschäftsführer und deren Stellvertreter bei den Trägern und Verbänden der Krankenversicherung sowie den Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen sind als Sozialrichter in den Kammern für Angelegenheiten des Kassenarztrechts nicht ausgeschlossen.“

Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

2. Hinter § 57 wird folgender neuer § 57 a eingefügt:

„§ 57 a

In Angelegenheiten des Kassenarztrechts ist, wenn es sich um Fragen der Zulassung handelt, das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk die Kassenarztstelle liegt, im übrigen das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat“

„§ 57 a

In Angelegenheiten des Kassenarztrechts ist, wenn es sich um Fragen der Zulassung handelt, das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk die Kassenarztstelle liegt, im übrigen das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat.“

3. § 70 erhält folgende neue Nummer 4:

„4. der Berufungsausschuß (§ 368 b Abs. 5 Reichsversicherungsordnung) und das Bundesschiedsamt (§ 368 h Abs. 1 Reichsversicherungsordnung).“

4. § 71 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Für den Berufungsausschuß und das Bundesschiedsamt (§ 70 Nr. 4) handelt der Vorsitzende.“

Die Absätze 4 und 5 werden Absätze 5 und 6.

5. § 81 erhält folgende neue Nummer 2:

„2. wenn in Angelegenheiten des Kassenarztrechts gegen Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 368 l Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung Klage erhoben werden soll,“

Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

6. Dem § 97 Abs. 1 wird folgende neue Nummer 4 angefügt:

„4. wenn die Aufhebung einer Entscheidung in Zulassungssachen (§ 368 b Abs. 4 Reichsversicherungsordnung) begehrt wird und die sofortige Vollziehung von dem Berufungsausschuß nicht angeordnet worden ist.“

7. § 97 erhält folgenden neuen Absatz 3:

„(3) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 kann das Gericht auf Antrag nach Anhörung der

Artikel 3

Geltung im Lande Berlin

(1) Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Lande Berlin mit folgenden Besonderheiten:

1. Die Aufgaben der Landesverbände der Ortskrankenkassen nimmt im Lande Berlin die Krankenversicherungsanstalt Berlin wahr.
2. Die bisherige Möglichkeit, ärztliche Behandlung auch in den am 1. Januar 1954 vorhandenen Eigeneinrichtungen zu gewähren, bleibt unberührt.

(2) Rechtsverordnungen, die auf Grund *der in diesem Gesetz enthaltenen Ermächtigung* erlassen werden, gelten im Lande Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 4

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

(2) Mit dem gleichen Tage treten die bisherigen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften über das Kassenarztrecht außer Kraft, soweit in den folgenden Vorschriften nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 2

(1) Die in den Ländern bestehenden Vereinigungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte werden mit dem Inkrafttreten des Gesetzes Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen im Sinne des § 368 i Abs. 1.

(2) Soweit der Bereich einer Vereinigung von den im § 368 i Abs. 1 gezogenen Grenzen abweicht, kann es bis zur Höchstdauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes dabei verbleiben, für die spätere Zeit nur mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen

übrigen Beteiligten die Vollziehung der angefochtenen Entscheidung anordnen oder eine angeordnete Vollziehung aussetzen. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 3

Geltung im Lande Berlin

(1) Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Lande Berlin mit folgenden Besonderheiten:

1. un verändert
2. Die bisherige Möglichkeit, ärztliche Behandlung auch in den am 1. Januar 1954 vorhandenen Eigeneinrichtungen zu gewähren, bleibt unberührt. **Das gleiche gilt für die am 1. Januar 1955 in Berlin bestehenden Polikliniken, soweit und solange sie mit den Aufgaben von Universitäts-Polikliniken betraut sind.**

(2) Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Lande Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 4

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

un verändert

§ 2

(1) un verändert

(2) Soweit der Bereich einer Vereinigung von den im § 368 i Abs. 1 gezogenen Grenzen abweicht, kann es bis zur Höchstdauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes dabei verbleiben, für die spätere Zeit nur mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zu-

Entwurf

obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder.

(3) Für die Organe gilt § 3 Abs. 2 entsprechend.

§ 3

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Bundesvereinigungen im Sinne des § 368 i Abs. 2.

(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Mitgliederversammlungen und Vorstände der in Absatz 1 bezeichneten Vereinigungen gelten mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes als Vertreterversammlungen und Vorstände der Bundesvereinigung im Sinne des § 368 k Abs. 1.

§ 4

(1) Die Satzung nach § 368 l Abs. 1 ist erstmalig innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu beschließen.

(2) Die Organe nach § 368 k Abs. 1 sind erstmalig innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung der Satzung zu wählen.

§ 5

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind gemeinsam entsprechende Einrichtung im Sinne des § 61 des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes fallenden Personen in der Fassung vom 1. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1287) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (Nr. 47 der Anlage A zu § 2 Abs. 1 des vorbezeichneten Gesetzes). Oberste Dienstbehörde im Sinne des § 60 des Gesetzes ist der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

(2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind gemeinsam entsprechende Einrichtung im Sinne des § 61 des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes fallenden Personen in der Fassung vom 1. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1287) gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands und der Kassendentistischen Vereinigung Deutschlands (Nr. 48 und 49 der Anlage A zu § 2 Abs. 1

Beschlüsse des 28. Ausschusses

ständigen obersten Verwaltungsbehörden des Landes oder der beteiligten Länder.

(3) unverändert

§ 3

unverändert

§ 4

(1) Die Satzung nach § 368 l Abs. 1 ist erstmalig innerhalb von neun Monaten nach dem ersten Tage der Verkündung des Gesetzes folgenden Monats zu beschließen.

(2) unverändert

§ 5

entfällt

des vorbezeichneten Gesetzes). Oberste Dienstbehörde im Sinne des § 60 des Gesetzes ist der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

§ 6

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands wird mit Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgelöst. Ihr Vermögen (Eigentum und alle sonstigen Vermögensrechte) mit Einschluß der aus Mitteln dieses Vermögens nach dem 8. Mai 1945 für die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands erworbenen Vermögensrechte gehen auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung über, soweit in diesem Gesetz Abweichendes nicht bestimmt ist.

(2) Das Eigentum an Grundstücken, das anläßlich der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands nicht infolge rechtsgeschäftlichen Erwerbs auf diese übergegangen ist, geht auf diejenige Kassenärztliche Vereinigung über, in deren Bezirk das Grundstück gelegen ist. Für sonstige dingliche Rechte an Grundstücken gilt Satz 1 entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Rechte, die durch Gesetz für unübertragbar oder nur auf Grund besonderer Vereinbarungen für übertragbar erklärt sind.

(4) Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bewegliche Sachen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands in Besitz, so geht das Eigentum auf sie über.

(5) Die Wirksamkeit von rechtsgeschäftlichen Verfügungen, die über Vermögensrechte der in Absätzen 1 bis 3 bezeichneten Art vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes getroffen worden sind, bleibt unberührt. Dingliche Rechte an Grundstücken und sonstigen Sachen und Rechten bleiben bestehen. Rükkerstattungsansprüche bleiben unberührt.

§ 7

(1) Die Verbindlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands gehen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Gesamtschuldner über. In ihrem Verhältnis untereinander hat diejenige Vereinigung, auf die ein Grundstück oder ein Recht an einem Grundstück übergeht, die Verbindlichkeiten zu tragen, die mit dem Grundstück oder dem Recht in unmittelbarem wirtschaftlichem Zusammenhang stehen. Im übrigen

§ 6

unverändert

§ 7

unverändert

hat in ihrem Verhältnis untereinander jede Vereinigung die Verbindlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands anteilig zu tragen; die Höhe der Anteile ist durch die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu bestimmen.

(2) Durch den Schuldübergang werden, abgesehen von der Änderung in der Person des Schuldners, die Rechte des Gläubigers, insbesondere seine Ansprüche gegen einen Bürgen, sowie seine Rechte aus einem Pfandrechte, einer Hypothek oder einer sonstigen Sicherheit, nicht berührt; § 418 des Bürgerlichen Gesetzbuchs findet keine Anwendung.

§ 8

Soweit Eigentum an einem Grundstück nach § 6 übergeht, genügt zum Nachweis des Übergangs des Eigentums gegenüber dem Grundbuchamt eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde. Dies gilt für sonstige im Grundbuch eingetragene Rechte entsprechend.

§ 9

Gerichtsgebühren und andere Abgaben, die aus Anlaß und in Durchführung der Vorschriften der §§ 5 bis 8 entstehen, werden nicht erhoben; bare Auslagen bleiben außer Ansatz.

§ 10

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands und die Kassendentistische Vereinigung Deutschlands werden aufgelöst. Das Eigentum geht auf die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über; die §§ 5 bis 9 gelten entsprechend.

§ 8

unverändert

§ 9

(1) Gerichtsgebühren und andere Abgaben, die aus Anlaß und in Durchführung der Vorschriften der §§ 5 bis 8 entstehen, werden nicht erhoben; bare Auslagen bleiben außer Ansatz.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn das Eigentum oder ein sonstiges Vermögensrecht, das nach § 6 Abs. 1 auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung übergegangen ist, innerhalb einer Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf eine Kassenärztliche Vereinigung übertragen wird.

§ 10

unverändert

§ 10 a

Die Treuhandschaft des Bundes und des Landes Berlin an dem Eigentum und den sonstigen Vermögensrechten der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands und der Kassendentistischen Vereinigung Deutschlands erlischt mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Entwurf

§ 11

(1) Die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund der bisherigen Bestimmungen ausgesprochenen Zulassungen zur kassenärztlichen Tätigkeit gelten als Zulassungen im Sinne dieses Gesetzes; die Zulassungsordnungen regeln, ob und unter welchen Voraussetzungen bisher ausgesprochene widerrufliche Beteiligungen (vorübergehende Zulassungen) als Zulassungen anerkannt werden oder als Beteiligungen im Sinne der neuen Zulassungsordnungen fortgelten oder widerrufen werden.

(2) Bis zum Inkrafttreten der Zulassungsordnungen nach § 368 c bleiben die in den Ländern bestehenden Regelungen über die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit in Kraft; Absatz 1 gilt entsprechend. Anhängige Verfahren gehen mit der Errichtung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (§ 368 b) auf diese über; bis dahin werden sie von den nach der bisherigen Regelung zuständigen Instanzen weitergeführt; auf anhängige Verfahren sind die bisherigen Vorschriften weiter anzuwenden, soweit sie für die beteiligten Ärzte günstiger sind.

§ 12

Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes zwischen den bestehenden Vereinigungen der Kassenärzte und den Krankenkassen und ihren Verbänden geltenden Verträge über die kassenärztliche Versorgung bleiben in Kraft. Mit der Errichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Kassenärztlichen Vereinigungen treten diese entsprechend ihrer Zuständigkeit nach § 368 g Abs. 2 und 3 in die Verträge ein.

§ 13

(1) Die Bestimmungen und Richtlinien des früheren Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen und die vom früheren Reichsarbeitsminister an Stelle des Reichsausschusses erlassenen Bestimmungen bleiben, soweit sie nicht durch die Vorschriften dieses Gesetzes überholt sind oder ihnen entgegenstehen, in Kraft, bis sie

Beschlüsse des 28. Ausschusses

§ 11

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) Soweit nach den bisherigen Vorschriften eine Nachprüfung der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse außerhalb des Rechtsweges vorgeschrieben ist, gilt diese Nachprüfung als Vorverfahren im Sinne der §§ 79 und 80 des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1257); ist eine Nachprüfung nicht vorgeschrieben, so findet ein Vorverfahren nicht statt.

§ 12

unverändert

§ 13

(1) Die Bestimmungen und Richtlinien des früheren Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen und die vom früheren Reichsarbeitsminister an Stelle des Reichsausschusses erlassenen Bestimmungen bleiben, soweit sie nicht durch die Vorschriften dieses Gesetzes überholt sind oder ihnen entgegenstehen, in Kraft, bis

Entwurf

durch *Bestimmungen oder* Richtlinien der Bundesausschüsse oder durch Bundesmantelverträge (§ 368 g Abs. 2 Satz 2) ersetzt werden.

(2) Das Gleiche gilt, soweit in den Ländern nach dem 8. Mai 1945 Bestimmungen und Richtlinien durch Stellen erlassen sind, welche die Aufgaben des früheren Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen übernommen haben.

§ 14

(1) Als Zahnärzte im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die gemäß § 123 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des § 22 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 221) staatlich anerkannten Dentisten.

(2) Mit der Errichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erlöschen die bestehenden Kassendentistischen Vereinigungen; ihre Rechte und Pflichten sowie ihr Vermögen gehen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über. Gebühren und Steuern werden aus Anlaß dieses Rechtsüberganges nicht erhoben.

Beschlüsse des 28. Ausschusses

sie durch Richtlinien der Bundesausschüsse oder durch Bundesmantelverträge (§ 368 g Abs. 2 Satz 2) ersetzt werden.

(2) *unverändert*

§ 14

unverändert