

## **Änderungsanträge**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher  
und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/1297)

Vorbemerkung:

Die nachfolgende Änderungsantrag 1 ersetzt den Änderungsantrag 1 der Fraktionen der  
CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)0034 vom 23. April 2010.

Der Änderungsantrag 2 wird zusätzlich vorgelegt.

## Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 1 Nummer 0 – neu –

(Herstellerabschlag)

In Artikel 1 wird vor Nummer 1 folgende Nummer 0 eingefügt:

,0. § 130a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Satz 5 werden ein Komma und die Wörter "sowie für Arzneimittel, die nach § 129a abgegeben werden" angefügt.

bb) In Satz 6 werden nach den Wörtern "in parenteralen Zubereitungen" die Wörter "sowie für Arzneimittel, die nach § 129a abgegeben werden," eingefügt.

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel abweichend von Absatz 1 16 Prozent. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1. Die Differenz des Abschlags nach Satz 1 zu dem Abschlag nach Absatz 1 mindert die am ... [Einfügen: Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes] bereits vertraglich vereinbarte Rabatte nach Absatz 8 entsprechend. Eine Absenkung des Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer, die ab dem 1. August 2010 vorgenommen wird, mindert den Abschlag nach Satz 1 in Höhe des Betrags der Preissenkung, höchstens in Höhe der Differenz des Abschlags nach Satz 1 zu dem Abschlag nach Absatz 1; § 130a Absatz 3b Satz 2 2. Halbsatz gilt entsprechend.“

- c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Angabe „1. November 2005“ durch die Angabe „1. August 2009“ und die Wörter „ab dem 1. April 2006 bis zum 31. März 2008“ durch die Wörter „ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 wird die Angabe "1. April 2006" durch die Angabe "1. August 2010" ersetzt.
  - cc) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommt. Satz 3 gilt entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer.“
  - dd) In Satz 4 werden nach der Angabe "Absatz 1" ein Komma und die Angabe "1a" eingefügt und die Wörtern "nach den Sätzen 1 bis 3" durch die Wörter "nach den Sätzen 1 bis 5" ersetzt.
  - ee) In Satz 5 werden die Wörter "nach Satz 1 bis 3" durch die Wörter "nach den Sätzen 1 bis 5" ersetzt.
  - ff) In Satz 6 wird die Angabe "1 bis 3" durch die Angabe "1 bis 5" ersetzt.
- d) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe "Absatz 3a Satz 3" durch die Angabe "Absatz 3a Satz 5" ersetzt.
  - bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Absatz 3a Satz 7 bis 10 gilt entsprechend."

e) Absatz 4 wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „nach den Absätzen 1 und 2“ wird durch die Angabe „nach den Absätzen 1, 1a und 3a“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Über Anträge pharmazeutischer Unternehmer nach Artikel 4 der in Satz 1 genannten Richtlinie auf Ausnahme von den nach den Absätzen 1, 1a und 3a vorgesehenen Abschlüssen entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit. Das Vorliegen eines Ausnahmefalls und der besonderen Gründe sind im Antrag hinreichend darzulegen. § 34 Absatz 6 Satz 3 bis 5 und 7 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann Sachverständige mit der Prüfung der Angaben des pharmazeutischen Unternehmers beauftragen. Dabei hat es die Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sicherzustellen. § 137g Absatz 1 Satz 8 bis 10 und 14 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die tatsächlich entstandenen Kosten auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze berechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Aufgaben nach den Sätzen 2 bis 7 auf eine Bundesoberbehörde übertragen.“

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "zusätzlich zu den Abschlüssen nach den Absätzen 1 und 2" gestrichen.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Eine Vereinbarung nach Satz 1 berührt die Abschlüsse nach den Absätzen 3a und 3b nicht; Abschlüsse nach den Absätzen 1 und 1a können abgelöst werden, sofern dies ausdrücklich vereinbart ist.

g) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

"(9) Pharmazeutische Unternehmer können einen Antrag nach Absatz 4 Satz 2 auch für ein Arzneimittel stellen, das zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/ 2000/ EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 zugelassen ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn der Antragsteller nachweist, dass durch einen Abschlag nach den Absätzen 1, 1a und 3a seine Aufwendungen insbesondere für Forschung und Entwicklung für das Arzneimittel nicht mehr finanziert werden."

#### Begründung:

##### Zu Buchstabe a

Krankenkassen haben künftig auch für Arzneimittel, die durch Krankenhausapotheken im Rahmen der ambulanten Behandlung nach § 129a abgegeben werden, Anspruch auf den Herstellerabschlag. Der Abschlag wird, wie bei Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen, auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer bemessen, der bei Abgabe des Arzneimittels durch eine öffentliche Apotheke aufgrund der Preisvorschriften des Arzneimittelgesetzes vom pharmazeutischen Unternehmer erhoben würde. Damit wird sichergestellt, dass trotz Erhöhung des Herstellerabschlags Krankenkassen für nach § 129a abgegebene Arzneimittel keine höheren Ausgaben entstehen als bei der Abgabe durch öffentliche Apotheken. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die Abschlagspflicht für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen auch für durch Krankenhausapotheken abgegebene Zubereitungen gilt.

##### Zu Buchstabe b

Der Herstellerabschlag wird vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 für alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden und für die kein Festbetrag gilt, von 6 auf 16 Prozent erhöht. Damit wird die Solidargemeinschaft um rund 1,15 Mrd. Euro pro Jahr entlastet. Hierdurch wird die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung vermindert, die auch durch einen nur eingeschränkten Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mitbedingt ist.

Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel werden weiterhin zu einem überwiegenden Teil durch Zuwächse bei den nicht festbetragsgebundenen Arzneimitteln verursacht. Mit dem erhöhten Abschlag wird erreicht, dass die pharmazeutischen Unternehmer in diesem Bereich einen Beitrag zur Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenver-

sicherung leisten, der dem wachsenden Anteil der Ausgaben für diese Arzneimittel an allen Leistungsausgaben entspricht.

Der Ausgabenanstieg für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel lag in den vergangenen Jahren deutlich über dem allgemeinen Ausgabenzuwachs. So ist der Umsatz der Arzneimittelhersteller zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers in den vergangenen beiden Jahren um knapp 10 Prozent (2009) beziehungsweise über 13 Prozent (2008) gewachsen.

Durch die Wirtschafts- und Finanzkrise haben sich die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung demgegenüber deutlich schlechter entwickelt als ohne die Krise zu erwarten gewesen wäre.

Gleichzeitig hat die pharmazeutische Industrie im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nur geringe Einbußen aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise hinnehmen müssen. Die Belastung für die pharmazeutischen Unternehmer ist im Verhältnis zu dem Ziel der Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für einen befristeten Zeitraum von drei Jahren und fünf Monaten mithin zumutbar.

Patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1 sind von dem erhöhten Abschlag ausgenommen. Damit wird verhindert, dass sich die Abschläge nach den Absätzen 1, 1a und 3b im Einzelfall auf insgesamt 26 Prozent summieren können und eine unzumutbare Belastung darstellen. Gleichzeitig wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Preisentwicklung für Arzneimittel im generikafähigen Markt im Gegensatz zu den Preisen für patentgeschützte Arzneimittel in den vergangenen Jahren rückläufig ist und dieses Marktsegment nicht für die überproportionale Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich verantwortlich zeichnet. Schließlich bestehen inzwischen flächendeckend für eine große Anzahl von Wirkstoffen Vereinbarungen nach Absatz 8 für Generika, die ebenfalls zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Vertraglich vereinbarte Rabatte nach Absatz 8 sind auf den erhöhten Herstellerabschlag anzurechnen. Damit soll verhindert werden, dass sich für Arzneimittel, für die bereits vertraglich ein Rabatt vereinbart wurde, die verschiedenen Abschläge kumulieren. Damit würden diejenigen Hersteller schlechter gestellt, die bereits vertraglich Rabatte vereinbart haben. Würden die verschiedenen Rabatte in der Summe für den Hersteller nicht mehr tragbar, bestünde zudem die Gefahr, dass Rabattverträge aus diesem Grund gekündigt werden. In all jenen Fällen, in denen der vertragliche Rabatt mehr als zehn Prozent beträgt, würde sich im Ergebnis der Rabatt, den

die Krankenkasse erhält, verringern. Die Vorschrift sieht deshalb vor, dass bei Inkrafttreten des Gesetzes vertraglich bereits vereinbarte Rabatte durch den erhöhten Herstellerabschlag nach Satz 1 gemindert werden. Die Minderung entspricht dem vertraglich vereinbarten Rabatt, höchstens jedoch zehn Prozent. Der Anspruch der Krankenkasse auf den Abschlag von sechs Prozent nach Absatz 1 besteht bereits seit dem 1. Januar 2005 und war den Vertragspartnern bei Abschluss des Rabattvertrags bekannt. Er kann nicht durch einen vertraglich vereinbarten Rabatt gemindert werden.

Mit Absatz 1 a Satz 3 wird sichergestellt, dass bei patentgeschützten und nicht mit Festbetrag geregelten Arzneimitteln eine freiwillige Preisabsenkung mit dem erhöhten Herstellerrabatt ab dem 1. August 2010 verrechnet werden kann.

Zu Buchstabe c

Erhöht der pharmazeutische Unternehmer seinen Abgabepreis im Vergleich zum Preisstand am 1. August 2009, hat er einen Abschlag in Höhe der Preiserhöhung zu entrichten. Mit dem Stichtag 1. August 2009 werden auch Preiserhöhungen ausgeglichen, die seit diesem Zeitpunkt vorgenommen wurden. Die Vorschrift ist wie der erhöhte Herstellerabschlag bis zum 31. Dezember 2013 befristet. Damit wird vermieden, dass die gesetzliche Krankenversicherung im betreffenden Zeitraum durch Preiserhöhungen bei Arzneimitteln zusätzlich belastet wird. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass der erhöhte Herstellerabschlag tatsächlich der gesetzlichen Krankenversicherung zu Gute kommt und nicht durch Preiserhöhungen ausgeglichen werden kann.

Mit der Ergänzung in Satz 2 wird verhindert, dass pharmazeutische Unternehmer den Preisstopp durch Änderungen in der Packungsgröße oder der Wirkstärke umgehen können. Bei entsprechenden Änderungen wird für das neue Arzneimittel der Preis je Mengeneinheit derjenigen bereits im Markt befindlichen Packung zu Grunde gelegt, die dem neuen Arzneimittel hinsichtlich der Packungsgröße am nächsten kommt. Befinden sich mehrere Packungen gleicher Packungsgröße im Markt, ist diejenige zu berücksichtigen, die dem neuen Arzneimittel hinsichtlich der Wirkstärke am nächsten kommt. Voraussetzung ist außerdem, dass die Darreichungsform des neuen Arzneimittels mit der des Bezugsarzneimittels vergleichbar im Sinne § 29 Absatz 2a Nr. 3 Arzneimittelgesetz ist.

Für importierte Arzneimittel gilt die Regelung des bisherigen Satz 3 für den neuen Herstellerabschlag nach Absatz 1a erneut. Das bedeutet, dass bei Re- und Parallelimporten der Ausgleich von Preiserhöhungen auf einen Betrag begrenzt ist, bei dem Importarzneimittel mindestens 15 Prozent bzw. mindestens 15 Euro preisgünstiger bleiben als das Bezugsarzneimittel unter Be-

rücksichtigung des befristeten Festschreibens der Abrechnungspreise mit den Krankenkassen. Die Regelung trägt einerseits den begrenzten Möglichkeiten der Arzneimittelimporteure Rechnung, Preiserhöhungen auf ausländischen Märkten auszugleichen und gewährleistet andererseits, dass der gesetzliche Preisabstand zu den Bezugsarzneimitteln auch im Rahmen der Regelungen zum Ausschluss von Erhöhungen der Abrechnungspreise mit den Krankenkassen erhalten bleibt und trägt damit zum Erhalt des Wettbewerbs durch preisgünstige Importarzneimittel bei.

Bei den Änderungen in den Sätzen 4 bis 6 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zur geänderten Satzzählung aufgrund der Einfügung zweier neuer Sätze nach Satz 2. In Satz 4 wird außerdem klargestellt, dass der Abschlag zum Ausgleich von Preiserhöhungen auch zusätzlich zum erhöhte Herstellerabschlag nach Absatz 1a erhoben wird.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderung zur geänderten Satzzählung in Absatz 3a.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Änderung von Absatz 3a. Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach der bisherigen Fassung des Absatz 4 nach Maßgabe der Richtlinie 89/105/EWG mindestens einmal jährlich zu überprüfen, ob die Abschläge nach den Absätzen 1 und 2 weiter erforderlich sind. Von der Richtlinie erfasst ist auch der Abschlag zum Ausgleich von Preiserhöhungen nach Absatz 3a. Dagegen wird der Verweis auf Absatz 2 nicht mehr benötigt, da dieser nur für das Jahr 2004 Gültigkeit hatte. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die Pflicht zur Überprüfung auch für den befristet erhöhten Herstellerabschlag nach Absatz 1a gilt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient der Umsetzung der Richtlinie 89/105/EWG auch insoweit, als pharmazeutische Unternehmer in Ausnahmefällen wegen Vorliegens besonderer Gründe eine Abweichung von dem Preismoratorium und dem erhöhten Herstellerrabatt beantragen können. Als besondere Gründe in diesem Sinn kommen nur solche in Betracht, die eine ausnahmslose Anwendung der für alle betroffenen Unternehmer geltenden gesetzlichen Regelungen als nicht sachgerecht erscheinen lassen. Besondere Gründe in diesem Sinn können etwa vorliegen wenn der erhöhte Abschlag aufgrund einer besonderen Marktsituation die finanzielle Leistungsfähigkeit des Unternehmens gefährden würde.

Die Anträge sind beim Bundesministerium für Gesundheit zu stellen. Sie sind – auch unter Bei-

fügung der erforderlichen aussagekräftigen Unterlagen – so umfassend zu begründen, dass sie innerhalb der vorgesehenen Frist beschieden werden können. Soweit der Antrag auf betriebliche oder unternehmerische Besonderheiten gestützt wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Amtsermittlung (§ 21 SGB X) externe Sachverständige mit der Prüfung der Angaben des pharmazeutischen Unternehmers beauftragen. Dabei hat es die Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sicherzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat für die Bearbeitung der Anträge kostendeckende Gebühren zu erheben, da es nicht sachgerecht wäre, die Allgemeinheit mit den Kosten des Antragsverfahrens zu belasten. Die Berechnung der Gebühren hat grundsätzlich nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand zu erfolgen. Aus Gründen der Verfahrensvereinfachung kann das Bundesministerium für Gesundheit seinen Aufwand aber auch auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze berechnen, wie sie sich etwa aus den vom Bundesministerium der Finanzen erstellten Übersichten über die Personalkostensätze für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger in der Bundesverwaltung einschließlich der Sachkostenpauschale ergeben. Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen die Kostenbescheide des Bundesministerium für Gesundheit ist erforderlich, da dieses auf eine kurzfristige Refinanzierung des ihm entstehenden Personal- und Sachaufwands angewiesen ist. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens, zur Begründung der Anträge, zu den erforderlichen Nachweisen und zur Höhe der Gebühren regelt das Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diese Aufgaben auf eine Bundesoberbehörde übertragen, die auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz die Gewähr für eine zeit- und sachgerechte Entscheidung bietet. Sofern es sich hierbei um eine Behörde außerhalb des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit handelt, bedarf die Übertragung des Einvernehmens des für die Behörde zuständigen Bundesministeriums.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb. Die Änderung dient der Rechtsklarheit. Das Verhältnis von gesetzlichen und vertraglichen Abschlägen ist künftig abschließend in Satz 4 geregelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Herstellerabschlag kann durch Rabattverträge in voller Höhe abgelöst werden, wenn die Vertragspartner dies ausdrücklich vereinbaren und dies nicht zu höheren Ausgaben der Krankenkassen führt. Ist dies nicht der Fall, bleiben auch die Abschläge nach Absatz 1 und 1a unberührt.

Zu Buchstabe g

Pharmazeutische Unternehmer können für Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens zugelassen sind, auch produktbezogene Anträge stellen. Damit wird sichergestellt, dass diese Arzneimittel weiterhin für die Versorgung zur Verfügung stehen und nicht vom pharmazeutischen Unternehmer aus dem Markt genommen werden, weil aufgrund des Abschlags die Refinanzierung der Aufwendungen insbesondere für Forschung und Entwicklung nicht mehr möglich ist. Pharmazeutische Unternehmer können ihre Forschungs- und Entwicklungskosten insbesondere durch ein Testat eines öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfers nachweisen. Dabei kann auf eine anteilige Refinanzierung der Forschungs- und Entwicklungskosten abgestellt werden, die dem Anteil des Umsatzes mit dem Arzneimittel in Deutschland am Gesamtmarkt dieses Arzneimittels entspricht.

## Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 17/ 1297 -

### Zu Artikel 1

(elektronische Gesundheitskarte; Versichertenstammdatendienst)

Nach Artikel 1 Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

,5a. Nach § 291 Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. § 15 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden. Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln.“

## Begründung:

Der neue Versichertenstammdatendienst der elektronischen Gesundheitskarte dient im Wesentlichen der Verbesserung des Datenschutzes, der Missbrauchsbekämpfung sowie der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Die in § 15 Absatz 6 Satz 2 SGB V enthaltene Verpflichtung der Krankenkassen, dem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken, wird dadurch ergänzt, dass die Kassen verpflichtet werden, entsprechende Online-Dienste anzubieten, um ungültige sowie als verloren oder gestohlen gemeldete Karten zu erkennen. Die Dienste betreffen nur Daten, die für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern ohnehin verwendet werden. Damit wird auch für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, für den nach § 291 Absatz 1 die Karte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen dient, ein zeitgemäßes Verfahren eingerichtet, entsprechend dem für den stationären Bereich geltenden Verfahren der Kostenübernahmeerklärung. Die Prüfung und Aktualisierung dieser Daten wird mittels der sicheren Telematikinfrastruktur automatisiert, so dass die Prüfung und Aktualisierung schneller und effizienter erfolgen kann, ohne dass eine Erweiterung oder Änderung der Zweckbestimmung der Daten erfolgt. Weder Leistungserbringer noch Kostenträger erhalten zusätzliche Daten. Die Verfahren sind bei jeder erstmaligen Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Quartal anzuwenden, also auch z.B. nach einer Überweisung bei dem die Behandlung fortsetzenden Leistungserbringer. Wenn festgestellt wird, dass eine Gesundheitskarte als abhanden gekommen gemeldet ist, kann zum Schutze des Versicherten eine automatische Sperrung der auf der Karte befindlichen Notfalldaten erfolgen. Durch die -Aktualisierung der Versichertenstammdaten können darüber hinaus administrative Daten (z.B. die Anschrift eines Versicherten oder der Versichertenstatus ändert sich) auf den Karten berichtigt werden. Der bisherige Austausch von Karten durch die Krankenkassen, der derzeit jährlich rund ein Viertel des Kartenbestandes der Krankenversicherungskarte betrifft, kann dadurch voraussichtlich in der Hälfte der Fälle entfallen. Bei der technischen Umsetzung der durch die Krankenkassen anzubietenden Dienste wird im Hinblick auf eine hohe Flexibilität der Dienste geregelt, dass die Online-Prüfung und -Aktualisierung auch ohne Online-Anbindung der Praxisverwaltungssysteme möglich sein muss, soweit dies von dem Leistungserbringer gewünscht wird. Die von der Ärzteschaft dazu entwickelten Lösungen werden durch die Neuregelung gesetzlich abgesichert. Bei der möglichen Option, auf eine Online-Anbindung der Praxisverwaltungssysteme zu verzichten, handelt es sich um eine technische Zusatzoption, deren Kosten nicht zu den "erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten" nach § 291a Abs. 7 Satz 4 SGB V gehören und daher nicht durch die Krankenkassen zu finanzieren sind. Dies bedeutet, dass den Ärzten, die die Zusatzoption nutzen möchten, nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften die Grundausrüstung zu finanzieren ist, nicht jedoch die Kosten für die Zusatzoption, bei der z.B. ein zusätzliches Lesegerät erforderlich werden kann. Über die Verfahren, die zur Kartensperrung oder zur eingeschränkten Nutzbarkeit der elektronischen Ge-

sundheitskarte führen, hat die Krankenkasse die Versicherten zu informieren. Unberührt bleiben weitere Online-Prüfungen im Rahmen von Sicherheitskonzepten.