

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung¹

„Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG“

Synoptische Darstellung der Änderungen des SGB V und Ärzte-ZV

anhand des Gesetzentwurfes der Bundesregierung vom 25.02.2015 (Drs. 18/4095), der Beschlussempfehlung des 14. Ausschusses (Gesundheitsausschuss) vom 10.06.2015 (Drs. 18/5123) und des Beschlusses des Bundesrates vom 10.07.2015 (Drs. 283/15).

Anmerkung: Im Folgenden sind nur die für die KV bzw. Vertragsärzte relevanten Änderungen des SGB V und der Ärzte-ZV aufgeführt. Die Nummern vor den jeweiligen Paragraphen beziehen sich auf die laufenden Nummern des Gesetzentwurfes der Bundesregierung (z. B. Nr. 7: § 27b Zweitmeinung)

Legende: Schwarz = ursprünglicher Gesetzestext
Schwarz (fett) = Änderungen SGB V durch GKV-VSG
Rot = Änderungen in Beschlussfassung Dt. BT (11.06.2015)
Blau (kursiv fett) = Hinweise zum Inkrafttreten einzelner §§

Begründung der Änderungsanträge zur Beschlussfassung CDU/CSU und SPD ab Seite 63 ff.

Artikel 1 und Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7. § 27b Zweitmeinung

(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 für welche planbaren Eingriffe nach Abs. 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt **indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. Kriterien für die besondere Expertise sind**

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,

¹ Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, sofern für einzelnen Artikel oder Paragraphen nichts Abweichendes bestimmt ist.

2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. Zusätzliche Kriterien sind insbesondere

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung. Er beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 5 erstmals bis zum 31. Dezember 2015.

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen
4. zugelassene Krankenhäuser sowie
5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Abs. 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.

Nr. 7a. § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

[...]

(3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. **Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.** Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

(4) (weggefallen)

Nr. 7b § 32 Heilmittel

(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 30. Juni 2016 in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

Nr. 9. § 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

(1a) ¹Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. ²§ 11 Abs. 4 Satz 4 gilt. ³Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. ⁴§ 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. ⁵Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. ⁶Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. ⁷Bei der

Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7).⁸Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7.⁹Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen.¹⁰Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.¹¹Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.¹²Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.¹³Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

[...]

Nr. 11. § 43b -neu- Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.

Nr. 23. § 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen.

(2) (weggefallen)

(3) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder § 64a Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Vergütungen nach § 85 oder § 87a, der Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets, in

denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der am Modellversuch teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 1 jeweils vereinbarten Inhalt des Modellvorhabens zu bereinigen; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Bereinigung ~~des Behandlungsbedarfs oder~~ der Vergütungen, Ausgabenvolumen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfasst, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Bei der Ausgliederung nach Satz 1 sind nicht auf die einzelne Leistung bezogene, insbesondere periodenfremde, Finanzierungsverpflichtungen in Höhe der ausgegliederten Belegungsanteile dem Modellvorhaben zuzuordnen. **Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Satz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für ein Modellvorhaben geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.**

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. Sie können vorsehen, dass der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, dass die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

Nr. 24. § 71 Beitragssatzstabilität

[...]

(4) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, §§ 83 und 85 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. ~~Die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.~~ Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. ~~Sie geben den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen Verträge nach Satz 2 oder § 73b Absatz 4 wirksam werden, Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellen vor einer Beanstandung das Benehmen her.~~

(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den **§§ 73b und 140a** sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten

Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, **zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragsabschließende Krankenkasse führen.**

(6) Wird durch einen der in den §§ 73b und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse kann bei einer solchen Anordnung den Vertrag auch außerordentlich kündigen. Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. Ein Zwangsgeld kann bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festgesetzt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine erhebliche Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist, sofern ein berechtigtes Interesse an der Feststellung besteht. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

Nr. 25. § 73 Kassenärztliche Versorgung

[...]

(1a) ¹An der hausärztlichen Versorgung nehmen

1. Allgemeinärzte,
2. Kinderärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,

teil (Hausärzte). ²Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. ³Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. ⁴**Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Arztgruppe der Hausärzte, der Kinderärzte oder der Fachinternisten eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen, fasst der Zulassungsausschuss innerhalb von sechs Monaten den Beschluss, ob eine Regelung nach Satz 3 getroffen wird.** ⁵Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. ⁶Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

[...]

(2) ¹Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht,

3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Soziotherapie,
- 13. Zweitmeinung nach § 27b.**

²Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 8, 10 und 11 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. ³Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. ⁴Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. ⁵Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.

[...]

(8) (...) ⁹Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu vereinbaren.

[Nr. 26. Aufhebung § 73a Strukturverträge]

Nr. 27. § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

[...]

(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes

bleibt unberührt. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in **den Teilnahmeerklärungen**. Die Satzung **der Krankenkasse** hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(4) ¹Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. ²Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. ³Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

⁴Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu schließen. ⁵In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben. ⁶Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. ~~⁷Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.~~ ⁷Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(5) ¹In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln; in Verträgen, die nach dem 31. März 2014 zustande kommen, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren. ²Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. ³**Die**

Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. ⁴Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. ⁵§ 106d Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend. Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4.

[...]

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalenderjahrviertel, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalenderjahrviertel eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 auch pauschaliert ermittelt werden. Kommt eine rechtzeitige Einigung nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.

[...]

(9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

[Nr. 28. Aufhebung § 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung]

Nr. 29. § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

(1a) ¹Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. ²Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum ... [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. ³Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. ⁴Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. ⁵Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelnden Facharzt muss zumutbar sein. ⁶Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist von Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. ⁷Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. ⁸Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. ⁹In den Fällen von Satz 7 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. ¹⁰Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] insbesondere Regelungen zu treffen

- 1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,**
- 2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,**
- 3. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 7,**
- 4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2.**

¹¹Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. ¹²Die Sätze 2 bis 11 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 § 29. ¹³Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht. ¹⁴Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen. ¹⁵Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, die Häufigkeit der

Inanspruchnahme und über die Vermittlungsquote. ¹⁶Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten.

(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch vertragsärztliche Versorgung zu den stundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 3 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekenkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern. Die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 2 einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

[...]

Nr. 30. § 75a Förderung der **Weiterbildung**

[Anm.: Inkrafttreten am 2. Tag nach der Verkündung des Gesetzes]

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszus zahlen.

(2) Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 11 besteht, zu fördern. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7.500 betragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] das

Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Höhe der finanzielle Förderung
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind sowie
5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemein fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).

Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.

(5) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen anzustreben.

(6) Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 Satz 2 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,
3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, bereitgestellt werden,
4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen werden sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.

(9) Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach

Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. Es sind bundesweit bis zu 1.000 Stellen zu fördern.

Nr. 31. § 76 Freie Arztwahl

[...]

(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 6 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

[...]

Nr. 32. § 79 Organe

[...]

(3a) In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in den Vertreterversammlung besteht. Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände nach Satz 1 und zur Stimmgewichtung nach Satz 2 regelt die Satzung bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]; der Satzungsbeschluss bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.

[...]

Art. 2, Nr. 4. § 79b Beratender Fachausschuss für Psychotherapie

[Anm.: Inkrafttreten zum 01.01.2017]

¹Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für Psychotherapie gebildet. ²Der Ausschuss besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden. ³Für die Wahl der Mitglieder des Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses zugelassene Psychotherapeuten sein müssen. ~~Abweichend von Satz 2 werden für die laufende Wahlperiode der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landes- und Bundesebene von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde berufen.~~ ⁴Dem Ausschuss ist vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berührenden wesentlichen Fragen rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁵Seine Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. ⁶Das Nähere regelt die Satzung. ⁷Die Befugnisse der

Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleiben unberührt.

**Nr. 33. § 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung;
weitere beratende Fachausschüsse**

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird jeweils ein beratender Fachausschuss gebildet für

- 1. die hausärztliche Versorgung**
- 2. die fachärztliche Versorgung und**
- 3. angestellte Ärztinnen und Ärzte**

Die Fachausschüsse nach Satz 1 Nummer 1 und 2 bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind. Der Fachausschuss nach Satz 1 Nummer 3 besteht aus Mitgliedern, die angestellte Ärztinnen und Ärzte nach § 77 Absatz 3 Satz 2 sind. Weitere beratende Fachausschüsse, insbesondere für rehabilitationsmedizinische Fragen können gebildet werden. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Das Nähere über die beratenden Fachausschüsse und ihre Zusammensetzung regelt die Satzung. § 79b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.

Nr. 33a. § 81 Satzung

[...]

(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Maßnahmen nach Satz 1 sind je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren. Das Höchstmaß der Geldbußen kann bis zu **fünftausend** Euro betragen. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt.

Art. 2, Nr. 5. § 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung, Richtgrößen

[Anm.: Inkrafttreten zum 01.01.2017]

[...]

~~(6) Die Vertragspartner nach Absatz 1 vereinbaren bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Arzt verordneten Leistungen nach § 31 (Richtgrößenvolumen) arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte unter Berücksichtigung der nach Absatz 1 getroffenen Arzneimittelvereinbarung, erstmals bis zum 31. März 2002. Zusätzlich sollen die Vertragspartner nach Absatz 1 die Richtgrößen nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen und darüber hinaus auch nach Krankheitsarten bestimmen. Die Richtgrößen leiten den Vertragsarzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnung von Leistungen nach § 31 nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Überschreitung des~~

~~Richtgrößenvolumens löst eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a unter den dort genannten Voraussetzungen aus.~~

~~(6) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. September für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen nach Absatz 1 sowie für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8. ²Die Rahmenvorgaben haben die Arzneimittelverordnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergleichen und zu bewerten; dabei ist auf Unterschiede in der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen. ³Von den Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung nur abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist. **Die Vertragsparteien nach Satz 1 beschließen mit verbindlicher Wirkung für die Vereinbarungen der Richtgrößen nach Absatz 6 Satz 1 die Gliederung der Arztgruppen und das Nähere zum Fallbezug. Ebenfalls mit verbindlicher Wirkung für die Vereinbarungen der Richtgrößen nach Absatz 6 Satz 2 sollen sie die altersgemäße Gliederung der Patientengruppen und die Krankheitsarten bestimmen. Darüber hinaus können sie für die Vereinbarungen nach Absatz 6 Satz 1 Empfehlungen beschließen.**~~

~~(7) ¹Die Absätze 1 bis 6 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden. ²Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. ³**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen erstmals bis zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach § 106 anzuerkennen sind. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der in Satz 3 genannten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Vertragspartner nach § 106 Absatz 2 Satz 4 können darüber hinaus weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten vereinbaren. Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Absatz 1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Absatz 6 zu berücksichtigen.**~~

[...]

Nr. 34. § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen, **im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten.** In den Bundesmantelverträgen sind auch die Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. Bei der Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter ist § 73 Abs. 5 zu beachten. Die Arzneiverordnungsblätter sind so zu gestalten, dass bis zu drei Verordnungen je Verordnungsblatt möglich sind. Dabei ist für jede Verordnung ein Feld für die Auftragung des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 sowie ein weiteres Feld vorzusehen, in dem der Arzt seine Entscheidung nach § 73 Abs. 5 durch Ankreuzen kenntlich machen kann. Spätestens bis zum 1. Januar 2006 ist auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik nach § 291a Abs. 7 Satz 2 und § 291b getroffenen Regelungen der Telematikinfrastruktur auch ein elektronischer Verordnungsdatensatz für die Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.

(2) ¹Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen. ²Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. ³Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 **und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2** unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern **auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen**; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt. ⁴**Die Bewertung von Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.**

(2a) ¹Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. ²Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. ³**Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat ein Regelung zu enthalten**, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden. ~~⁴Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen.~~ ⁴Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. ⁵Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 4 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung **und zur Förderung der Qualität** bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. ⁶Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2. Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. **In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis**

zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den **Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten** im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist.

(2b) ¹Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 7 und 8 telemedizinisch **oder im Wege der Delegation** erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen. ²Mit den Pauschalen nach Satz 1 sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. ³Die Pauschalen nach Satz 1 sollen einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. ⁴Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. ~~⁵Bis spätestens zum 31. Oktober 2008 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.~~

(2c) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; Einzelleistungen sollen vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung, einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 7 **oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8**, erforderlich ist. (...)

[...]

(3c) ¹Die Finanzierung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b erfolgt durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung. ²Der Zuschlag ist von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung nach § 85 oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a zu finanzieren. ³Das Nähere bestimmt der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3e Satz 1 Nr. 3.

[...]

(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab insbesondere solcher neuer Laborleistungen und neuer humangenetischer Leistungen regelt, bei denen es sich jeweils nicht um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 1 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte trifft, sowie
3. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

Die Verfahrensordnung, die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung sind im Internet zu veröffentlichen. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Verlangen hinsichtlich einer neuen Leistung Auskunft zu erteilen, ob die Aufnahme der neuen Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab in eigener Zuständigkeit des Bewertungsausschusses beraten werden kann oder ob es sich dabei um eine neue Methode handelt, die nach § 135 Absatz 1 Satz 1 zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. Eine Auskunft können pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und deren jeweilige Verbände, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f verlangen. Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung.

(3f) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen erfassen jeweils nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach diesem Gesetz erforderlichen Daten, einschließlich der Daten nach § 73b Absatz 7 Satz 5 und § 140a Absatz 6, arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form. Die Daten nach Satz 1 werden jeweils unentgeltlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt, die diese Daten jeweils zusammenführen und sie unentgeltlich dem Institut oder dem beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b übermitteln. Soweit erforderlich hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Erhebungen und Auswertungen nicht personenbezogener Daten durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigengutachten einzuholen. Für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach den Sätzen 2 und 3 kann der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen; für die Finanzierung der Datenstelle gelten die Absätze 3c und 3e entsprechend. Personenbezogene Daten nach Satz 1 sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. Das Verfahren der Pseudonymisierung nach Satz 1 ist vom Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen.

[Anm.: Die bisherigen Buchstaben g) bis i) werden die Buchstaben i) bis k).]

[...]

(4) Kommt im Bewertungsausschuss durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt § 89 Abs. 3 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern wird ein Mitglied von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt.

[...]

(5b) Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für weitere Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich machen. In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu treffen. Für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] in Kraft getreten sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Satz 1 mit dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] beginnt.

[...]

Nr. 35. § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

[...]

(4a) ¹Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2016 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2014 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtet morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. ²Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. ³Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2016 mit. ⁴Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. ⁵Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachzuweisen. ⁶Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. ⁷Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigung sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2014 darf die für das Jahr 2014 berechnete durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. ⁸Die Erhöhung erfolgt um einen

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor.⁹Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden.¹⁰Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen.¹¹Umverteilungen Lasten anderer Kassenärztlichen Vereinigungen sind auszuschließen.

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen

1. zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie
3. zur Bestimmung von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5.

Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsrate, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsrate werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln. Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September. **Der Bewertungsausschuss beschließt geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7 und 8.**

[...]

Nr. 36. § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; **dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.** Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen,

insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

(2) ¹Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. ²**Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen.** ³**Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.** ⁴Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. ⁵**Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.** Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) ¹Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. ²Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. ³**Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes.**

(4) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. ²Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 4 **und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung** zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. ³**Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen.** Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

[...]

Nr. 37. § 90 Landesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Die Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen.

(2) Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände sowie die Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen berufen. Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, verringert sich die Zahl der Ärzte entsprechend. 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 sowie den Ersatzkassen bestellt.

(3) Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere für die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Ausschussmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. In den Landesausschüssen **sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3** wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

(5) Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 **und Absatz 3** sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

Nr. 38. § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) ¹Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen

Bundesausschuss. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. ³Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) ¹Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. ²Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens ~~zwölf~~² Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; ~~für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen~~³. ³Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. ⁵Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. ⁶Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. ⁷Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁸Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. ⁹Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. ¹⁰Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. ¹¹Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. ¹²~~Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher.~~ ⁴ ¹³Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht. ⁵ ¹⁴Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. ¹⁵Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. ¹⁶Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. ¹⁷Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre. ~~¹⁶Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen.~~ ~~¹⁷Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.~~⁶

² ² **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

³ ³ **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

⁴ ⁴ **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

⁵ ⁵ **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

⁶ ⁶ **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

[...]

(7) ¹Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. ²Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. ³Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zulasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen. ⁴Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen⁷. ⁵Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlages können sie die Geschäftsführung beauftragen.⁸ ⁶Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich. ⁷Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

[..]

(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5 vorzulegen, in dem im Falle von Fristüberschreitungen auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.

Nr. 39. § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,

^{7 7} **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

^{8 8} **Anmerkung:** geändert durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 18.06.2015

3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a und der nach § 10 versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

[...]

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. **Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.**

[...]

(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

(7f) **Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach § 137 Absatz 3 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind; Absatz 7e Satz 2 und 3 gilt entsprechend.** Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu

geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

**Nr. 40. § 92a Innovationsfonds,
Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur
Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung
durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

(1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. ²Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. ³Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. ⁴Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

⁵Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. ⁶Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. ⁷Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

(2) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. ²Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein. ³Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte ausreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. ⁴Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. ⁵Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.

(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Soweit hierfür bereits ab dem Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. Von der Fördersumme sollen 75 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 25 Prozent für die Förderung nach Absatz 2

verwendet werden. Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen.

(4) Die Mittel nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 2 Satz 3, werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die hierfür entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit übersendet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung. Einen abschließenden Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2021 vor.

§ 92b Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. Januar 2016 ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7 und Absatz 5 sowie Absatz 6 gilt entsprechend.

(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer

Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,
2. Möglichkeit zur Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a,
3. Erlass von Förderbescheiden,
4. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,
5. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel,
6. Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben.

(5) Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet. Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen. **Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen.**

(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle nach Absatz 3,
2. Durchführung von Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung,
3. Abgabe einer Empfehlung zur Förderentscheidung.

(7) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Nr. 41. § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. ²Medizinische Versorgungszentren sind **fachübergreifende** ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. ³Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. ~~Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.~~ ⁴Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. ⁵Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) ¹Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen **oder von Kommunen** gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung **oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform** möglich. ²Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. ³**Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.**

(2) ¹Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. ²Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. ³Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

⁴Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. ⁵Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. ⁶Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen **oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches** für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in

einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. **Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen. Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln.**

[...]

(6) ¹Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. ²Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. ³Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. ⁴**Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie im medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind.** ⁵Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.

[...]

(9) ¹Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. ²Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. ³Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. ⁴**Absatz 5 gilt entsprechend.**

Nr. 42. § 100 Unterversorgung

(1) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht; **die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen**

Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen. Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

(3) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach Maßgabe der Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

[...]

Nr. 43. § 101 Überversorgung

(1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über

(1. – 5. ...)

6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.

²Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach Nummer 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind. ³Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. ⁴Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. ⁵Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. ⁶Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. ⁷Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4. ⁸Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte, die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. ⁹Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. ¹⁰Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist

1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt oder
3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung; dabei **sind** insbesondere die demografische Entwicklung **sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur** zu berücksichtigen.

[...]

Nr. 44. § 103 Zulassungsbeschränkungen

(1) ¹Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt; **die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen.** ²Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuss nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. ³**Darüber hinaus treffen die Landesausschüsse eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist.**

(2) Die Zulassungsbeschränkungen sind räumlich zu begrenzen. Sie können einen oder mehrere Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung umfassen. Sie sind arztgruppenbezogen unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten anzuordnen.

(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen sind.

(3a) ¹Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. ²Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. ³Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4, 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört **oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Arztdichte ein Versorgungsbedarf besteht.** ⁴Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass dieser Nachfolger die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmals aufgenommen hat. ⁵Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis

mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. ⁶Satz 5 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung dieses Gesetzes im Deutschen Bundestag [\[Anm.: 08.03.2015\]](#)] begründet wurde. ⁷Hat der Landesausschuss eine Feststellung nach Absatz 1 Satz 3 getroffen, **soll** der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. ⁸Im Fall des Satzes 7 gelten Satz 3 zweiter Halbsatz sowie die Sätze 4 bis 6 entsprechend; Absatz 4 Satz 9 gilt mit der Maßgabe, dass die Nachbesetzung abgelehnt werden soll. ⁹Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen. ¹⁰§ 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. ¹¹Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt. ¹²Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. ¹³Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. ¹⁴Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Absatz 4 Satz 8 bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.

(4) ¹Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. ²Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung. ³Dem Zulassungsausschuss sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. ⁴Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. ⁵Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die berufliche Eignung,
2. das Approbationsalter,
3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,
4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,
5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,
6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,
7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen,
- 8. Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.**

⁶Ab dem 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen. ⁷Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. ⁸Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur

insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt. ⁹Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in **Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6** bezeichneten Personenkreis angehört, kann er die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a **Satz 10, 11, 13 und 14** gilt in diesem Fall entsprechend. ¹⁰**Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes der medizinischen Versorgungszentren berücksichtigt werden.**

[...]

Nr. 45. § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

[...]

(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen **zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen** Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden.

[...]

Art. 2, Nr. 6. § 106 – neu - Wirtschaftlichkeitsprüfung

[Anm.: Fassung ab 01.01.2017]

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung überwachen die **Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.** Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch

1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,
2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.

Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 1 bis 3 übermittelt werden. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

(3) Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(4) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach §§ 296 und 297 nicht oder nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.

Art. 1, Nr. 46.

§ 106a *[Anm.: Umbenennung zu § 106d – neu - ab 01.01.2017!]*
Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

[Anm.: in Kraft treten am Tag nach der Verkündigung des Gesetzes]

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

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der **an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen** fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des **Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich**

zu behandeln. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bei den Prüfungen ist von dem **jeweils** angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 5 genannten Verbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. **Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.**

(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen **an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen** insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose, bei zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde,
3. der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen **Ärzte**, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit.

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

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, sofern dazu Veranlassung besteht, Prüfungen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 beantragen. Bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3 kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung **ärztlicher Leistungen** beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend. **Wird ein Antrag nach Satz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.**

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

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 **einschließlich des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks**; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(7) § 106 Abs. 4b gilt entsprechend.

Art. 2, Nr. 7. § 106a – neue Fassung ab 01.01.2017!

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2% der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Zufälligkeitsprüfung umfasst neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen: Der einer Zufälligkeitsprüfung zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.

(2) Gegenstand der Beurteilungen der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
4. die Angemessenheit der, durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(4) Die Richtlinien nach Absatz 3 sind Inhalt der Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Zufälligkeitsprüfungen festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden. Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Zufälligkeitsprüfung hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

(5) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 1 sowie nach Absatz 4 Satz 3 und nach § 275 Absatz 1 Nummer 3b, § 275 Absatz 1a und Absatz 1b, dass ein Arzt Arbeitsunfähigkeit

[Anm.: in Krafttreten zum 01.01.2017]

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Vertragspartner nach Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragspartnern nach Satz 1 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.

(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. Kommt eine Einigung nach Satz 2 und 3 nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5. Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

(3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme hat keine aufschiebende Wirkung. Abweichend von Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses nicht statt.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen

Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(5) Die Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Anmerkung zu Art. 2, Nr. 9.: Der bisherige § 106a (siehe oben Nr. Art. 1 Nr. 46, Seite 35) wird ab dem 01.01.2017 inhaltsgleich zu § 106d!

Nr. 49. § 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen. Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zustande, wird dieser auf Antrag innerhalb von zwei Monaten von der Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 1 bestimmt. Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.

(2) Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter sind verpflichtet, dem Prüfer und seinen Beauftragten auf Verlangen die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 110, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen. Die Vorschriften über Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach der Bundespflegesatzverordnung bleiben unberührt.

(4) ¹Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch **Hochschulambulanzen nach § 117, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c** werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach **§ 106 Absatz 2 und 3, § 106a und § 136** geltenden Regelungen geprüft. ²**Die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Absatz 1a wird durch die Prüfungsstellen nach § 106 Absatz 4 entsprechend § 106 Absatz 2 und 3 gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.**

Anmerkung: Fassung des Absatz 4 ab dem 01.01.2017:

(4) ¹Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch **Hochschulambulanzen nach § 117, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c** werden von den

Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach **den §§ 106 bis 106b und 106d und § 136** geltenden Regelungen geprüft. ²**Die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Absatz 1a wird durch die Prüfungsstellen nach § 106c entsprechend der §§ 106 bis 106b gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.**

Nr. 51. § 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Der Zulassungsausschuss **muss** zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen **eingetretene** Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. **Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.**

Nr. 52. § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) ¹Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. ²Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende **schwere Verlaufsformen—von** Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. **Schwere Verlaufsformen von** Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen **wie**
 - a) onkologische Erkrankungen,
 - b) **HIV/AIDS**-rheumatologische Erkrankungen,
 - c) **rheumatologischen Erkrankungen** HIV/AIDS,
 - d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4),
 - e) Multipler Sklerose,
 - f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
 - g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
 - h) Folgeschäden bei Frühgeborenen oder
 - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen;

2. (...)
3. (...)

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. ²Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. ³Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. ⁴Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. ⁵Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. **⁶Danach läuft die Frist weiter,; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet.** ⁷Nach Satz 4 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. ⁸Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 7 genannten Stellen zu melden. ⁹Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. ¹⁰Die Sätze 4, 5 und 8 gelten entsprechend.

(3) ¹Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). ²Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. ³Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. ⁴Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. ⁵Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. ⁶Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. ⁷Der erweiterte Landesausschuss kann für die

Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; **die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt.** ⁸Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. ²Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. ³In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. ⁴Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung **unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach §137a Absatz 3.** ⁵Bei ~~schweren Verlaufsformen von~~ Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. ⁶Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. ⁷Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. ⁸Für die Behandlung von ~~schweren Verlaufsformen von~~ Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. ⁹Zudem kann er für die Versorgung bei ~~schweren Verlaufsformen von~~ Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. ¹⁰Für die Versorgung von Patienten mit ~~schweren Verlaufsformen~~ onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. ¹¹Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

- a) kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder
- b) er dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten geeigneten Leistungserbringer finden konnte.

¹²~~Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1a oder b getroffenen Richtlinienbeschlusses die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen.~~ ¹³Über das

Ergebnis seiner Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit.

(5) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere ~~schwere—Verlaufsformen—von~~ Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. ²Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.

(6) ¹Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; ~~vertragsärztliche~~ Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. ²Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. ³Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. ⁴Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. ⁵Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. ⁶Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. ⁷Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. ⁸Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. ⁹Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. ¹⁰Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. ¹¹Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. ¹²Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über

die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. ¹³Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. ¹⁴Die Bereinigung darf nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. ¹⁵In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden. ~~¹⁶Leistungserbringer dürfen unter den Voraussetzungen des § 295 Absatz 5 auch eine andere Stelle mit der Abrechnung der Leistungen nach Satz 1 beauftragen.~~

[...]

(8) ¹Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten ~~bis zu deren Aufhebung durch das Land~~ weiter. ~~²Bestimmungen nach Satz 1 für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses.~~ ³Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet.

[...]

Nr. 53. § 117 Hochschulambulanzen

(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen

1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie
2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen

ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. Kommt eine Einigung bis zum [Einsetzen: Datum des Tages 6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Soweit und solange kein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen ist,

können die Hochschulen oder Hochschulkliniken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Festlegungen nach den Sätzen 3 und 4 vereinbaren. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs **sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen** ~~und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Im Rahmen der Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sind Fallzahlbegrenzungen vorzusehen.~~ Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(3) ~~Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sind zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, ermächtigt, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Für die Vergütung gilt § 120 Absatz 2 Satz 1, 2 und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 3 und 4 sowie Absatz 4 Satz 1 entsprechend.~~

Nr. 53a. § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie

jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend.

(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend.

(4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen.

Nr. 53b. § 118a Geriatrische Institutsambulanzen

(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen, **geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte** sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung **eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder** eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft:

1. Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten nach Nummer 2,
2. die Gruppe derjenigen geriatrischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung nach Nummer 1 bedürfen,
3. sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung und
4. in welchen Fällen die ermächtigte Einrichtung oder der ermächtigte Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.

Nr. 54. § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

[...]

(3) Das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die mit den Maßnahmen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August **2016** über die Ergebnisse. **Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut nach Satz 1 zu übermitteln. § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.**

[...]

Nr. 55. § 119c – neu - Medizinische Behandlungszentren

(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulanten Behandlungen in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.

Nr. 56. § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden **und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden**, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. Die Vergütung der von nach §

119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. **Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenhausträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.**

(1a) Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 geregelt. Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.

(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren **und der medizinischen Behandlungszentren** werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit **der Hochschulambulanzen** der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren **und der medizinischen Behandlungszentren** bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. **Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 zu berücksichtigen.** Bei Hochschulambulanzen an **nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag **von höchstens 5 Prozent** zu berücksichtigen. Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen, ~~falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden.~~

(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, **der medizinischen Behandlungszentren** und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert zu kürzen. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, **die sozial-pädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren** von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart. **Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen**

angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.

(3a) Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sein denn, die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 vereinbart. Eine Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sind nicht vorzunehmen. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 87 Absatz 1 Satz 2 bis zum ... [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1]; § 115 Absatz 3 gilt entsprechend. Die in § 112 Absatz 1 genannten Vertragspartner treffen eine Vereinbarung über eine pauschale Vergütung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs mit den Krankenkassen im Rahmen der Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a; § 112 Absatz 5 gilt entsprechend.

(4) (...) ²Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest. ³Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3a Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest.

[...]

Nr. 57. § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame entsprechende Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluss der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
2. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,

3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,

4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für den Fall, dass die Fortbildung gegenüber dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, sind in den Verträgen nach Satz 1 Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Soweit sich die Vertragspartner in den mit Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossenen Verträgen nicht auf die Vertragspreise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden die Preise von einer von den Vertragspartnern gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder den vertragsschließenden Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Verbände der Leistungserbringer sowie die Krankenkassen oder ihre Landesverbände je zur Hälfte.

(3) Untergrenze für die in den Jahren 2016 bis 2021 nach Absatz 2 zu vereinbarenden Höchstpreise ist der Betrag, der sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preisen des betreffenden Landes ergibt. Bei der Ermittlung der niedrigsten und der höchsten Preise sind diejenigen Höchstpreise zu berücksichtigen, die zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer vereinbart wurden. Die Vertragspartner auf Kassenseite melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Preise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelt daraus für jedes Land die Untergrenze nach Satz 1 und teilt diese sowie den höchsten Preis den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn sie erforderlich sind, um die Untergrenze nach Satz 1 zu erreichen. Die Sätze 1 bis 5 gelten nur für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen.

Nr. 60a. § 132e Versorgung mit Schutzimpfungen

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, deren Gemeinschaften, Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2. Dabei haben sie sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind,

Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen. Im Fall von Nichteinigung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach der Entscheidung gemäß § 20d Absatz 1 Satz 3 legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt fest. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder für den vertragsschließenden Verband zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. **Endet ein Vertrag, der die Versorgung mit Schutzimpfungen durch die in Satz 2 genannten Personen regelt, so gelten seine Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.**

(2) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 und 2 Verträge mit einzelnen pharmazeutischen Unternehmern schließen; § 130a Absatz 8 gilt entsprechend. Soweit nicht anders vereinbart, erfolgt die Versorgung der Versicherten ausschließlich mit dem vereinbarten Impfstoff. In den Verträgen nach Satz 1 sind Vereinbarungen zur Sicherstellung einer rechtzeitigen und bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen zur Schutzimpfung vorzusehen. Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmern innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.

Nr. 65. § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 legt in Richtlinien nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten fest, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Bei der Auswahl der **zu empfehlenden** chronischen Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.

[...]

Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern

§ 140a Besondere Versorgung

(1) ¹Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. ²Sie ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsverträge. ³Verträge nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am [Einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. ⁴Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(2) ¹Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. ²Die Verträge können auch Abweichendes von dem im dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. ³Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. ⁴Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zu Grunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. ⁵Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die alleine Organisation der Versorgung betreffen.

(3) ¹Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. Nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmern,

6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,
7. Kassenärztliche Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.

²Die Partner eines Vertrages über eine **besondere** Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringern nicht gedeckt ist.

(4) ¹Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse. ²Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. ³Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. ⁴Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. ⁵Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. ⁶Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. ⁷Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(5) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) ¹Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabvereinbarung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. ²Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. ³Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

Nr. 70. § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

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

(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b, 137c und 137f erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.

(3) Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in

1. den Landesausschüssen nach § 90 **sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3,**
2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a,
3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
 - b) die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
 - c) die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
 - b) die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,

ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

(4) Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, ~~§ 84 Abs. 7 Satz 6,~~ § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Abs. 1a Satz 1 und Absatz 6, §§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(5) Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.

(6) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 genannten Antragsrechts.

(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 unterstützt. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall entsprechend Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, auf Fortbildungen und Schulungen der sachkundigen Personen sowie auf die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4.

Nr. 85. § 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Das

Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt.

(1a) Für die Erfüllung der Aufgaben nach § 106a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

(1b) Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu **integrierten besonderen** Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b ~~oder § 73c~~ abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen. Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.

(2) Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall folgende Daten:

1. Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7,
2. Arzt- oder Zahnarztnummer, in Überweisungsfällen die Arzt- oder Zahnarztnummer des überweisenden Arztes,
3. Art der Inanspruchnahme,
4. Art der Behandlung,
5. Tag der Behandlung,
6. abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
7. Kosten der Behandlung.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der Programme nach § 137g die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f festgelegten Angaben versichertenbezogen an die Krankenkassen, soweit sie an der Durchführung dieser Programme beteiligt sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Angaben nach Satz 1 für Versicherte, die an den Programmen nach § 137f teilnehmen, versichertenbezogen. § 137f Abs. 3 Satz 2 bleibt unberührt.

(2a) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu **integrierten besonderen** Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b ~~oder § 73c~~ abgeschlossen haben, sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, sind verpflichtet, die Angaben gemäß § 292 aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.

(3) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge das Nähere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen,
2. Form und Inhalt der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke,
3. die Erfüllung der Pflichten der Vertragsärzte nach Absatz 1,
4. die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 2, insbesondere auch Form, Frist und Umfang der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen oder deren Verbände,
5. Einzelheiten der Datenübermittlung einschließlich einer einheitlichen Datensatzstruktur und der Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296 und 297.

(4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

~~(5) Für die Abrechnung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen darf der Leistungserbringer in den Fällen des § 116b Absatz 6 Satz 16 eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen, sofern der Versicherte schriftlich in die Datenweitergabe eingewilligt hat; § 291a bleibt unberührt. Der Auftragnehmer darf die Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. § 295a Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.~~

Nr. 87. § 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2

oder § 137a Absatz 3 zu erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind. Die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Satz 1 haben darüber hinaus sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.

Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen

1. **auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist,**
2. **auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.**

Auch Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobe sind in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Satz 1 festzulegen und von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den übrigen Leistungserbringern zu erheben und zu übermitteln. Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinausgeht; **dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach §136 Absatz 2 erforderlichen Daten.**

[...]

(2) Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2

angewendet. Es ist in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. **Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen. Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu erfolgen.**

[...]

Artikel 14

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte [Anmerkung: Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung]

Nr. 0. § 16

[...]

(3) ~~1~~Dauert die bestehende ~~oder in absehbarer Zeit drohende~~ Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, hat der Landesausschuss festzustellen, ob die in § 100 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Voraussetzungen für Zulassungsbeschränkungen gegeben sind und zur Beseitigung der bestehenden ~~oder in absehbarer Zeit drohenden~~ Unterversorgung mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. ~~2~~Die betroffenen Zulassungsausschüsse sind vor der Anordnung zu hören.

Begründung: Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 42 (§ 100 Absatz 2 SGB V).

Nr. 1. § 24

[...]

(7) Der Zulassungsausschuss darf den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. **Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.**

Nr. 2. § 32

[...]

(2) ¹Die Beschäftigung von Assistenten gemäß § 3 Abs. 3 bedarf der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. ²Im Übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen,

1. wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt;
2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss, und
3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.

³Die Beschäftigung von Ärzten als Weiterbildungsassistenten nach Satz 2 Nummer 1, erste Alternative ist bei Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung auch nach Abschluss der Weiterbildung zulässig für die Zeit bis zur Entscheidung über den Antrag.⁴Die Kassenärztliche Vereinigung kann die in Satz 2 Nummer 2 und 3 genannten Zeiträume verlängern. ⁵Für die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten ist die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. ⁶Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen. ⁷Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten nicht mehr begründet ist; sie kann widerrufen werden, wenn in der Person des Vertreters oder Assistenten Gründe liegen, welche beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.

(3) ¹Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. ²In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.

Begründung:

Die Änderung in Absatz 2 ermöglicht eine Weiterbeschäftigung als Assistent auch nach Abschluss der Weiterbildung. In der Praxis kann es eine gewisse Übergangszeit dauern, bis über den Antrag auf Zulassung, Anstellungsgenehmigung oder Ermächtigung nach erfolgter Weiterbildung entschieden worden ist. Während im Krankenhaus eine Beschäftigung nach Abschluss der Weiterbildung möglich ist, regelt die Ärzte-ZV bisher nicht den Fall der Beschäftigung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses. Um hier gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen, wird eine entsprechende Beschäftigungsmöglichkeit für die Dauer des Zulassungsverfahrens geregelt. Eine Weiterbeschäftigung ist nicht möglich, wenn kein Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gestellt worden ist.

Die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen in Absatz 3, wonach den Weiterbildungsstellen die Möglichkeit gegeben wird, die aus der Anhebungsverpflichtung resultierende finanziellen Lasten durch Modifikation des Leistungsausweitungsverbots zu refinanzieren, wird auch auf Weiterbildungsstellen der fachärztlichen Grundversorger erstreckt.

Nr. 3. § 32b

[...]

(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Arzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.

(7) § 26 gilt entsprechend.

Nr. 4. § 46

(1) Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben:

- | | |
|---|-----------|
| a) bei Antrag auf Eintragung des Arztes in das Arztregister | 100 Euro |
| b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung | 100 Euro |
| c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses anstrebt | 120 Euro |
| d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsaktes anstrebt | 200 Euro. |

Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig. Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.

(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:

- | | |
|---|-----------|
| a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung | 400 Euro |
| b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 | 400 Euro |
| c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | 400 Euro |
| d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 | 400 Euro. |

(3) Es sind zu zahlen

- die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenärztliche Vereinigung,
- die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und b an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses,
- die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren.

Relevante SGB V- Begründungsänderungen durch Änderungsvorschläge von CDU/CSU und SPD (20.05.2015):

Art. 1, Nr. 7. §27b SGB V

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des Satzes 2 stellt klar, dass durch die Anforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss an die Abgabe der Zweitmeinung und hierfür geeignete Leistungserbringer festlegt, ein besonderer Sachverstand bei der Zweitmeinungserbringung zu gewährleisten ist. Dies ist erforderlich, damit die Funktion der Zweitmeinung zur qualifizierten Überprüfung der Indikationsstellung bei sogenannten mengenanfälligen Eingriffen erfüllt werden kann.

Satz 3 (neu) gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss wesentliche Kriterien für die nach Satz 2 geforderte besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung gesetzlich vor. Diese verdeutlichen, dass die Zweitmeinung nur durch spezialisierte Fachleute und Einrichtungen und nicht durch jeden beliebigen Arzt oder jede beliebige Einrichtung erbracht werden soll. Dabei sind die langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet und Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes in dem betreffenden Gebiet sowie über Therapiealternativen als Mindestkriterien festgelegt, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die zusätzlich aufgeführten Kriterien (u.a. besondere Zusatzqualifikationen) ergänzt werden können. Soweit er es für notwendig erachtet, kann der Gemeinsame Bundesausschuss danach u. a. auch Erfahrungen der Durchführung belegt z.B. durch eine Mindestzahl entsprechender Eingriffe fordern. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, die Anforderungen für die von ihm bestimmten Eingriffe auf der Grundlage der vorgegebenen Kriterien zu konkretisieren oder auch kumulativ zu verbinden und sie für die unterschiedlichen Leistungserbringer nach Absatz 3 auszugestalten. Die Kriterien sind zudem nicht abschließend vorgegeben, sondern können vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch weitere ergänzt werden, wie die Formulierung "insbesondere" deutlich macht.

Die Regelung in Satz 4 (neu) gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, bei den Festlegungen zur Zweitmeinung auch die Möglichkeiten der telemedizinischen Erbringung einzubeziehen. Er hat danach indikationsbezogen zu entscheiden, ob eine körperliche Untersuchung durch den Zweitmeinungsarzt erforderlich ist oder, ob indikationsbezogen auch eine telemedizinische Erbringung möglich ist. Letzteres kann etwa dann in Betracht kommen, wenn es um eine reine Zweitbegutachtung von Befundunterlagen (z.B. zur Interpretation einer Bildgebung) geht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei den Festlegungen berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung des Absatzes 3 um eine neue Nummer 5 soll der Kreis der möglichen Leistungserbringer für die Erbringung einer Zweitmeinung erweitert werden. So sollen auch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte (z.B. ausschließlich privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte) zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt sein. Diese nehmen dann zu diesem Zweck ausnahmsweise an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Regelung stellt damit eine Ausnahme von der Vorschrift des § 95 Absatz 1 Satz 1 dar, nach der nur die dort genannten Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung verpflichtet den Arzt, bei der Aufklärung über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung auch auf das Recht zur Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation

hinzuweisen. Hierzu zählen auch die Befundunterlagen, auf denen die Indikationsstellung beruht. Der Arzt hat dem Patienten Abschriften, gegebenenfalls auch in elektronischer Form, auszuhändigen. Für Röntgenbilder gilt insbesondere § 28 Absatz 8 Röntgenverordnung. Hierdurch wird ein effektives Verfahren ermöglicht, bei dem z.B. radiologische Untersuchungen nicht unnötig wiederholt werden müssen, wenn der Versicherte sich zur Einholung einer Zweitmeinung entscheidet. Dabei verzichtet die Regelung auf eine direkte Pflicht zur Übergabe der Unterlagen, um überflüssigen Aufwand und Kosten für den Fall zu vermeiden, dass der Versicherte eine Zweitmeinung gar nicht einholen will. Der Versicherte kann die Übergabe einer Abschrift der Befundunterlagen sowie die Überlassung z.B. von Röntgenbildern unmittelbar, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Für die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen im Falle des Zweitmeinungsanspruchs schreibt die Regelung darüber hinaus abweichend zu § 630g Absatz 2 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch die Kostentragung durch die Krankenkasse des Versicherten vor. Dies umfasst auch den Aufwand, der dem Arzt durch die Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen entsteht.

Zu Buchstabe d

Wie bereits im Gesetzentwurf vorgesehen, sollen die Krankenkassen im Hinblick auf den neu geregelten Zweitmeinungsanspruch weiterhin die Möglichkeit besitzen, für die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten. Allerdings wird die dafür zu schaffende Satzungsermächtigung mit der Regelung in Absatz 6 Satz 1 nunmehr unmittelbar in der Zweitmeinungsvorschrift verankert. Die Formulierung greift den mit dem Gesetzentwurf zunächst in § 11 Absatz 6 vorgesehenen Regelungsgehalt auf und überführt ihn in die vorliegende Bestimmung. Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nicht berücksichtigt (§ 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a). Durch die Regelung der Satzungsleistungen in § 27b sind Aufwendungen der Krankenkassen für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen ebenso wie alle anderen Satzungsleistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53 zuweisungsrelevant. Hierdurch wird die Umsetzung weiterer Zweitmeinungsangebote stärker gefördert, da die Krankenkassen durch die Berücksichtigung der hierfür entstehenden Kosten bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziell unterstützt werden.

Die Regelung in Satz 2 gewährleistet, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur qualitativen Absicherung der Zweitmeinungserbringung bei kassenspezifischen Angeboten eingehalten werden müssen, wenn diese die nach Absatz 2 Satz 1 ausgewählten Indikationsstellungen betreffen. Satz 3 ordnet die Geltung der Anforderungen gleichermaßen für Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen an, die im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung erbracht werden.

Art. 1 Nr. 7a. -neu- § 28 SGB V

Nach § 28 Absatz 1 Satz 2 gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Regelung gilt nach Absatz 2 Satz 10 für die zahnärztliche Behandlung entsprechend. In Absatz 3 Satz 2 – neu – wird nunmehr klargestellt, dass auch für die psychotherapeutische Behandlung die gleichen Grundsätze gelten. Dabei können beispielsweise administrative Tätigkeiten, wie die Unterstützung des Psychotherapeuten bei der Erstellung eines Berichts oder eines Gutachtens als auch vorbereitende oder behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegiert werden. Die Vorgaben in dem Bundesmantelvertrag sind zu überprüfen und im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich anzupassen.

Art. 1 Nr. 9. § 39 SGB V

Zu Buchstabe a (Satz 3)

Gemäß § 11 des Apothekengesetzes dürfen Apotheken mit Ärztinnen und Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die u.a. die Zuweisung von Verschreibungen oder die Zuführung von Patientinnen und Patienten zum Gegenstand haben.

Der Bundesgerichtshof hat jedoch im Jahr 2014 den Gestaltungsspielraum für Kooperationen von Krankenhäusern u.a. mit Apotheken beim Entlassmanagement erweitert und entschieden, dass die neueren Regelungen zum Entlassmanagement als *lex specialis* zum apothekenrechtlichen Zuweisungsverbot zu sehen sind.

Das Zuweisungsverbot soll eine Abhängigkeit der Apothekerinnen und Apotheker von Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhauspersonal verhindern und das Prinzip der freien Apothekenwahl absichern. Damit soll auch verhindert werden, dass die flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gefährdet wird. Zudem sollen durch das Zuweisungsverbot korruptionsanfällige unerwünschte Formen der Zusammenarbeit sowie eine unzulässige Einflussnahme auf die eigenverantwortliche Leitung der Apotheke durch die Apothekeninhaberin und den Apothekeninhaber verhindert werden. Dies gilt auch im Rahmen des Entlassmanagements. Durch die Änderung wird daher ausdrücklich klargestellt, dass auch insoweit das Zuweisungsverbot zu beachten ist.

Zu Buchstabe b (Satz 5)

Das Entlassmanagement ist Teil der Leistungen der Krankenversicherung. Es ist daher sachgerecht, dass das Krankenhaus bzw. die Krankenversicherung dafür zuständig sind, das Entlassmanagement durchzuführen und zu steuern bzw. dies zu unterstützen, und ein entsprechender Anspruch gegen sie besteht. Soweit Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen des Versorgungsmanagements im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in Betracht kommen, soll im Rahmen dieses Entlassmanagements auch die Pflegeversicherung in die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen eingebunden werden. Der Verweis in Satz 2 auf § 11 Absatz 4 Satz 4 trägt dieser Intention bereits Rechnung. Mit der vorliegenden Ergänzung wird dies darüber hinaus dahingehend konkretisiert, dass Kranken- und Pflegekasse im Interesse der Versicherten kooperieren sollen, um ein individuell sachgerechtes Versorgungsmanagement sicherzustellen, soweit im Einzelfall ebenfalls Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen. Dies gilt auch für Versicherte, die keine Pflegestufe haben, die aufgrund einer dauerhaften erheblichen Einschränkung ihrer Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI jedoch gleichfalls Ansprüche auf Pflegeleistungen gegen die Pflegeversicherung geltend machen können (sogenannte Pflegestufe 0).

Zu Buchstabe c (Satz 7)

Bei der Verordnung von Arzneimitteln haben Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung zu verordnen. Bei der Bestimmung des kleinsten Packungsgrößenkennzeichens gemäß Packungsgrößenverordnung ist die DIMDI-Verwaltungsvorschrift heranzuziehen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen zu verordnen ist und nicht etwa innerhalb der Packungen mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung eine erneute Auswahl der Größe nach zu treffen ist, obwohl wegen der Spannbreitenregelung in

§ 1 Absatz 1 Satz 2 der Packungsgrößenverordnung nicht alle Packungen einer Packungsgröße die gleiche Anzahl an Tabletten enthalten.

Zu Buchstabe d (Satz 9)

Den unter Buchstabe a dargelegten Aspekten wird ebenfalls dadurch Rechnung getragen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 Elftes Buch an der Erarbeitung und am Abschluss des Rahmenvertrages nach Satz 9 mitwirken soll.

Zu Buchstabe e (Satz 10)

Die vorliegende Ergänzung trägt der Regelung Rechnung, dass auch Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen sind (§ 11 Absatz 4 Satz 4). Es ist daher sachgerecht und folgerichtig, dass auch den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vor Abschluss des Rahmenvertrages nach Satz 9 Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird.

Art. 1 Nr. 25. § 73 SGB V

Zu Buchstabe a

Bei drohender oder eingetretener Unterversorgung sind alle Beteiligten aufgerufen, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Abwendung oder Beseitigung der Unterversorgung und für eine bedarfsgerechte Versorgung einzusetzen. Der neue Satz 4 verpflichtet aus diesem Grund die Zulassungsausschüsse, innerhalb von sechs Monaten nach der Feststellung der Landesausschüsse zu prüfen, ob ein Beschluss nach Satz 3 gefasst werden soll, und über das Ergebnis der Prüfung einen Beschluss zu fassen.

Die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, nach § 73 Absatz 1a Satz 3 von der gesetzlich vorgesehenen Differenzierung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung abzuweichen, dient der Gewährleistung einer bedarfs-gerechten Versorgung. Für den Fall, dass die haus- oder fachärztliche Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, kann der Zulassungsausschuss mit dem Ziel der Sicherstellung Kinderärzten und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung die gleichzeitige Wahrnehmung haus- und fachärztlicher Aufgaben erlauben, vgl. BT-Drs. 12/3937.

Die neue Regelung in Satz 4 sichert mit der zeitlichen Anknüpfung an die Feststellung des Landesausschusses die zeitnahe Befassung mit der Situation im Zulassungsausschuss.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen werden erweitert. Der Umfang der Erweiterung bemisst sich dabei nach den erforderlichen Kompetenzen, über die die Psychotherapeuten auf Grundlage ihrer Ausbildung verfügen. Vor diesem Hintergrund werden die Befugnisse in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation (insbesondere psychosomatische und psychiatrische Rehabilitation), die Verordnung von Krankentransporten, die Verordnung von

Krankenhausbehandlung sowie die Verordnung von Soziotherapie erweitert. Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, in den entsprechenden Richtlinien nähere Verordnungsvoraussetzungen zu konkretisieren, ggf. auch besondere Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeuten als Qualitätsanforderung zu regeln.

Art. 1 Nr. 27. § 73b SGB V

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers.

Art. 1 Nr. 29. § 75 SGB V

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelungen zur Vermittlung eines zeitnahen Facharzttermins sollen auch für die Vermittlung von psychotherapeutischen Sprechstunden gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Verringerung der Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie insbesondere Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen und ein Erstgespräch und eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs ermöglichen. Damit die Versicherten auch für diesen Versorgungsbereich kompetente Unterstützung erhalten, finden die Regelungen über die Terminvermittlung über die Terminservicestelle auch für diese und die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine Anwendung. Voraussetzung dafür ist, dass der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind. Es wird erwartet, dass die Vermittlung von entsprechenden Behandlungsterminen über die Terminservicestelle spätestens ab dem 1. Januar 2017 in Anspruch genommen werden kann.

Die Einrichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird mit einer Evaluationsverpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verbunden. Es ist sachgerecht, Transparenz über die Arbeit der Terminservicestellen in Bezug auf die fristgemäße Vermittlung von Facharztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme sowie über die Vermittlungsquoten – insbesondere auch im Hinblick auf das Angebot von Terminen in Krankenhäusern – zu schaffen. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017 zu berichten.

Zu Buchstabe b

In der Praxis sind schon heute Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in den Notarztdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen. Der Verweis auf Satz 3 stellt sicher, dass die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auch insoweit zur Leistungserbringung berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Voraussetzung ist, dass durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist.

Art. 1 Nr. 30. § 75a SGB V

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Anpassung der Überschrift im Hinblick auf die Ausweitung der Förderung auch auf grundversorgende Fachärzte (siehe Änderung in Absatz 9).

Zu Buchstabe b (Absatz 4)

Die Vertragspartner nach Absatz 4 werden verpflichtet, in der Fördervereinbarung festzulegen, welche Arztgruppen aus dem Bereich der allgemein-fachärztlichen Versorgung zu den grundversorgenden Fachärzten gehören. Da der Begriff grundversorgende Fachärzte bisher nicht definiert ist, werden die Vertragspartner nach Absatz 4 verpflichtet, die Gruppe der grundversorgenden Fachärzte festzulegen. Dabei sollen sich die Vertragspartner auf Grundversorger aus der Gruppe der allgemeinfachärztlichen Versorgung nach § 12 der Bedarfsplanungsrichtlinie einigen. Vor dem Hintergrund, dass die Förderung der Weiterbildung dazu dient, den spezifischen Bedarf der ambulanten Versorgung zu decken, soll insbesondere die Weiterbildung für Kinder- und Frauenärzte sowie konservativ tätige Augenärzte gefördert werden. Für die grundversorgenden Fachärzte wird in Absatz 9 eine Förderverpflichtung geregelt (siehe Begründung Buchstabe d).

Zu Buchstabe c (Absatz 7)

Zur weiteren Stärkung der Attraktivität und der Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird für Vertrags-partner explizit die Möglichkeit geregelt, einen bestimmten Betrag der Fördersumme (bis zu 5 Prozent) für die Förderung von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, wie zum Beispiel universitär angebundene Kompetenzzentren, bereitzustellen und die Einrichtungen mit diesen Mitteln zu fördern. Zur weiteren Stärkung und Straffung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung soll perspektivisch die Ausgestaltung einer bundesweiten Stiftung geprüft werden.

Zu Buchstabe d (Ansatz 9 neu)

Mit der Regelung in Absatz 9 wird die Verpflichtung zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf den Bereich der grundversorgenden Facharztgebiete ausgeweitet. Mit der Ausweitung der Förderung auf den Bereich der fachärztlichen Grundversorger soll sichergestellt werden, dass auch in Zukunft ausreichend Nachwuchs für diesen Bereich der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Die Förderung bezweckt, dass einerseits auch in Zukunft ausreichend Bereitschaft zur Niederlassung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung besteht sowie andererseits die für den ambulanten Bereich besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden. Dies ist erforderlich, damit sich auch in Zukunft ausreichend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung in freier Praxis entscheiden. Vor diesem Hintergrund ist eine Förderung der Weiterbildung im Bereich der grundversorgenden Fachärzte sinnvoll und sachgerecht und hat daher bundesweit mit bis zu 1.000 Stellen zu erfolgen.

Art. 1 Nr. 32. § 79 SGB V

Mit der Änderung in Absatz 3a wird die Regelung zur Abstimmung getrennt nach den Versorgungsbereichen hausärztliche und fachärztliche Versorgung und zur paritätischen Stimmenverteilung bei gemeinsamen Abstimmungen auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begrenzt, da dieses Gremium die Grundsatzentscheidungen mit grundlegender Bedeutung für den hausärztlichen sowie den

fachärztlichen Bereich trifft. Dies entspricht auch dem Änderungsvorschlag des Bundesrates in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Art. 1 Nr. 33a. -neu- § 81 SGB V

Durch die Änderung wird die Obergrenze für das Bußgeld, das bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten verhängt werden kann, auf 50.000 Euro erhöht. Die Erhöhung trägt zum einen dem Umstand Rechnung, dass diese Grenze seit ihrer Einführung im Jahre 1983 nicht an die Entwicklung der Einkommensverhältnisse angepasst worden ist. Zum andern ermöglicht sie die Verhängung einer angemessenen Sanktion auch in den Fällen, in denen wegen der Schwere der Verfehlung ein Bußgeld von 10.000 Euro als zu gering, ein befristetes Ruhen der Zulassung wegen der hiermit verbundenen einschneidenden wirtschaftlichen Folgen aber als unverhältnismäßig erscheint.

Art. 1 Nr. 34. § 87 SGB V

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird zum einen geregelt, dass die Beschlussfassung zur Beschreibung und Bewertung der Leistungen für die Einholung einer Zweitmeinung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungs-ausschuss in der um die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzten Besetzung gemäß Absatz 5a zu erfolgen hat. Nach § 27b Absatz 3 sind neben den zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärzten und Einrichtungen insbesondere auch zugelassene Krankenhäuser zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt.

Für die Erbringung einer Zweitmeinung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (vgl. Änderungsantrag zu § 27b Absatz 3 Satz 1 Nr. 5) gelten die Grundsätze zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen unmittelbar, da der Änderungsantrag vorsieht, dass sie zur Erbringung der Zweitmeinung ausnahmsweise an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Mit der Ergänzung der "Kosten" soll darüber hinaus klargestellt werden, dass die Regelung im EBM auch die Bewertung der Kosten umfasst, die einem Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3 für die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen im Falle des Zweitmeinungsanspruchs entstehen. Dies umfasst auch den Aufwand, der dem Arzt durch die Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen entsteht. Die Kosten für die Zusammenstellung, Überlassung der Befundunterlagen, Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen können auch im Fall der Inanspruchnahme im Rahmen der Kostenerstattung in Rechnung gestellt werden.

Zu Buchstabe b

Bei der Änderung des Absatz 3c handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung des Absatz 3e.

Um die Transparenz über die Beratungs- und Entscheidungsverfahren für innovative Leistungen, für die der Bewertungsausschuss zuständig ist, zu erhöhen, wird dieser in Absatz 3e Satz 1 Nummer 1 dazu verpflichtet, eine Verfahrensordnung zu beschließen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Eine entsprechende Vorgabe, eine Verfahrensordnung zu beschließen, gilt heute bereits für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Verfahrensordnung ist im Internet zu veröffentlichen. Ziel der

Regelung ist auch eine sachgerechte Verkürzung der Zeit bis zur Beschlussfassung bei der Einführung neuer Leistungen in den EBM. Die Regelung konkretisiert damit die in § 87 Absatz 2 enthaltene Regelung, dass der Bewertungsmaßstab in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen ist, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen. Neue Leistungen, bei denen es sich um eine neue Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt und die daher zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedürfen, fallen nicht unter die künftigen Vorgaben zur Verfahrensordnung des Bewertungsausschusses.

Die neu zu beschließende Verfahrensordnung baut auf der bereits bestehenden und zwischen den Bundesmantelvertragspartnern zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 des EBM vereinbarten Verfahrensordnung (Anlage 22 des Bundesmantelvertrages) auf und erweitert diese insbesondere bezogen auf den Anwendungsbereich. Die neu zu beschließende Verfahrensordnung soll vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung insbesondere die Aufnahme neuer Laborleistungen und humangenetischer Leistungen in den EBM regeln.

In der Verfahrensordnung sind insbesondere die Antragsberechtigten, die methodischen Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung zu regeln. Die methodischen Anforderungen und Fristen sollen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Bewertungsausschusses und der zu bewertenden innovativen Leistungen geregelt werden.

Die bis zum Inkrafttreten der Verfahrensordnung begonnenen Beratungen zu entsprechenden Leistungen, sollen zügig nach den bislang geltenden Regelungen abgeschlossen werden.

Mit dieser Regelung wird zudem in Satz 3 die bereits heute praktizierte Transparenz über die Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses aufgegriffen und gesetzlich geregelt, dass auch die Geschäftsordnung im Internet zu veröffentlichen ist. Zudem wird eine Verweiskorrektur in Nummer 2 vorgenommen und der Absatz insgesamt neu gefasst. In diesem Zusammenhang wird auch die neue Nummer 2 dahingehend angepasst, dass nach der inzwischen voll-ständigen Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses alternativ kein beauftragter Dritter mehr durch den Bewertungsausschuss eingesetzt werden kann und somit auch Vorgaben zur Arbeitsweise eines beauftragten Dritten nach der neuen Nummer 2 durch den Bewertungsausschuss entbehrlich sind.

Vielfach gibt es unterschiedliche Bewertungen zwischen den Akteuren, ob eine neue innovative Leistung bereits eine neue Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 darstellt und deshalb in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt oder ob es sich um neue Leistungen handelt, die in den Zuständigkeitsbereich des Bewertungsausschusses fallen. Um den Initiatoren der Innovationen in der medizinischen Versorgung die Zuordnung ihrer neuen Leistung zu dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu erleichtern, wird mit Satz 4 und 5 dieser Regelung der Bewertungsausschuss verpflichtet, auf Verlangen eine mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss abgestimmte und verbindliche Auskunft zu erteilen, inwieweit eine neue Leistung in die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses oder in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt. Eine abgestimmte Auskunft können pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und die jeweiligen Verbände der pharmazeutischen Unternehmer, der Hersteller von Medizinprodukten und von Diagnostikleistungen, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die Patientenorganisationen nach § 140f verlangen. Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung.

Zu Buchstabe c
Folgeänderungen.

Zu Buchstabe d
Redaktionelle Korrektur der Verweise.

Art. 1 Nr. 37. § 90 SGB V

Zu Buchstabe a (Absatz 4)

Die Ergänzung in § 90 Absatz 4 Satz 2 stellt klar, dass die obersten Landesbehörden auch ein Mitberatungsrecht in den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 haben.

Zu Buchstabe b (Absatz 6)
Entspricht dem Gesetzentwurf.

Art. 1 Nr. 38. § 91 SGB V

Zu Buchstabe a (Absatz 2)
Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dieser Änderung wird die Frist zur Vorlage von sechs auf zwölf Monate verlängert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es wegen der in Satz 3 geregelten "Karenzzeit" von einem Jahr zunehmend schwierig wird, geeignete Personen für die Funktionen der Unparteiischen und deren Stellvertreter zu gewinnen. Mit der Vorverlegung der Meldefrist auf ein Jahr vor Amtsantritt wird für in aktiven Dienstverhältnissen nach Satz 3 stehende Personen die Möglichkeit geschaffen, diese Funktionen nach erfolgter Wahl aufzugeben und so bis zum Beginn der Amtszeit die Karenzzeit von einem Jahr zu erfüllen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Unbeschadet der bei den Vorsitzenden der jeweiligen Unterausschüsse liegenden Steuerungsverantwortung bedarf es mit Blick auf die in Absatz 11 (neu) dokumentierte zentrale Bedeutung der Einhaltung der dem Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetzgeber auferlegten Fristen einer zentralen, alle Aufgabenbereiche des Gemeinsamen Bundesausschusses übergreifenden Steuerungsverantwortung in zeitlicher Hinsicht, damit im Bedarfsfalle unterausschussübergreifende Verfahren mit Blick auf gegebene gesetzliche Fristen priorisiert oder zurückgestellt werden können. Ein solches Frist-Controlling soll mit dieser Regelung beim Vorsitzenden verankert werden, weil in seiner Person auch die Verantwortlichkeit für die Einhaltung der Fristen gegenüber dem Gesetzgeber statuiert wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Angesichts der Vielzahl der dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragenen bisherigen und neuen Aufgaben mit ambitionierten Fristsetzungen kollidiert diese Regelung mit dem Ziel einer effektiven und kontinuierlichen Aufgabenwahrnehmung. Durch die Änderung wird zur Vermeidung von Friktionsverlusten die Möglichkeit einer personellen Kontinuität geschaffen.

Zu Buchstabe b (Absatz 7)

Mit der Änderung werden die Gestaltungsmöglichkeiten der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere in ihrer Funktion als Prozessverantwortliche für die in den jeweiligen Unterausschüssen zu beratenden Themen gestärkt. Vor dem Hintergrund einer Reihe bereits bestehender und mit dem Gesetzentwurf

hinzukommender, fristgebundener Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses werden ihre Möglichkeiten erweitert, eigene Beschlussvorschläge zu entwickeln, diese dem Unterausschuss zur Beratung und auch dem Plenum zur Entscheidung vorzulegen. Während dies nach § 91 Absatz 7 Satz 4 SGB V bisher nur für den Fall vorgesehen war, dass die unparteiischen Mitglieder einen bereits vorliegenden Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht halten, kann ein eigener Beschlussvorschlag zukünftig z.B. auch dann vorgelegt werden, wenn eine Vorlage der vorbereitenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses bisher nicht zustande gekommen ist. Hierzu erhalten die unparteiischen Mitglieder die Berechtigung, die Geschäftsführung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Vorbereitung des Beschlussvorschlags zu beauftragen. Diese Regelung knüpft an die bereits nach der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehenden Möglichkeiten der Unparteiischen an, den entsprechenden Abteilungen der Geschäftsstelle über die Geschäftsführung Aufträge zur Klärung von rechtlichen oder methodischen Einzelfragen sowie zur Recherche von Beratungsunterlagen zu erteilen, welche aktuelle Relevanz für die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben.

Zu Buchstabe c (Absatz 11 neu)

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Art. 1 Nr. 39. § 92 SGB V

Zu Buchstabe a (Absatz 6a)

Mit der Änderung wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten weiter präzisiert und insoweit um die zu fördernden Elemente frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ergänzt.

Die frühzeitige diagnostische Abklärung soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Ziel der zu treffenden Regelungen zur Förderung der Akuttherapie und der Rezidivprophylaxe ist es, einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Definition und Ausgestaltung der zusätzlich einzuführenden Elemente obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die neuen Elemente können auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunden werden. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Ziel dieser Sprechstunden ist es insbesondere, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Abklärung eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote zu ermöglichen. Dies dient der Verringerung von Wartezeiten auf eine notwendige psychotherapeutische Behandlung. Sobald der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind, finden die Regelungen nach § 75 Absatz 1a über die Terminservicestellen auch für die Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden Anwendung.

Art. 1 Nr. 40. -neu- §§ 92a, 92b SGB V

Zu Buchstabe a (§ 92a Absatz 1)

Die im Gesetzentwurf bisher enthaltene Aufzählung der möglichen Antragsteller für eine Förderung neuer Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds wird gestrichen. Der Kreis

der möglichen Antragsteller ist somit nicht begrenzt. Maßgeblich ist allein, ob das Vorhaben, für das eine Förderung beantragt wird, den Förderkriterien des Absatzes 1 und den vom Innovationsausschuss festgelegten Förderschwerpunkten und -kriterien entspricht.

Der Bezug der geförderten Vorhaben zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll wie im Gesetzentwurf zudem dadurch sichergestellt werden, dass bei der Antragstellung nach Satz 6 neu in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist.

Zu Buchstabe b (§ 92a Absatz 2)

Entsprechend der Regelung in Buchstabe a wird auch bei der Förderung der Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds die Begrenzung des Kreises der Antragsteller gestrichen. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung sein können. Eine weitere Konkretisierung des Kreises der Antragsberechtigten kann in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsausschusses vorgenommen werden, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf.

Zu Buchstabe c (§ 92b Absatz 4)

Mit der Änderung wird der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses die Aufgabe zugewiesen, die aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben zu veröffentlichen, beispielsweise im Internet. Dies dient dazu, Transparenz über das Fördergeschehen herzustellen.

Zu Buchstabe d (§ 92b Absatz 5)

Um die wissenschaftliche und versorgungspraktische Ausrichtung der Förderung aus dem Innovationsfonds sicherzustellen, wird geregelt, dass Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen sind.

Art. 1 Nr. 41. § 95 SGB V

Zu Buchstabe a (Absatz 1a)

Die Rechtsformwahl für medizinische Versorgungszentren wird erweitert. Damit können Kommunen bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren jede öffentlich rechtliche Rechtsform wählen. Dies eröffnet den Kommunen im Einzelfall mehr Gestaltungsfreiheit, da sie entscheiden können, welche öffentlich rechtliche Rechtsform im Einzelfall zur Anwendung kommen soll. Dies entspricht auch einem Anliegen des Bundesrats. Im Übrigen entspricht die Formulierung dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Wird das medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben, ist Voraussetzung, dass die Gesellschafter zur Sicherung der Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bürgschaft abgeben. Die Beschränkung der Sicherheitsleistung auf die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung stellt insbesondere die öffentlich-rechtlichen Träger vor große rechtliche Schwierigkeiten. Um Schwierigkeiten in der Praxis abzumildern, werden die möglichen Sicherheitsleistungen auch auf solche nach § 232 BGB erweitert.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu den neuen Buchstaben c und e.

Zu Buchstabe d (Absatz 3)

Ergänzend zu der bereits vorgesehenen Prüfpflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Einhaltung des Versorgungsauftrages werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zudem verpflichtet, über die Ergebnisse ihrer Prüfungen die Landes- und Zulassungsausschüsse mindestens einmal jährlich zu informieren. Die Berichtspflicht stärkt die Landes- und Zulassungsausschüsse bei Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen vor Ort, da sie fundierter als bisher getroffen und begründet werden können, insbesondere auch bei Entscheidungen über einen gegebenenfalls bestehenden lokalen Versorgungsbedarf. Dies gilt auch für mögliche Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Zu Buchstabe e (Absatz 6)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Gründereigenschaft von ehemals zugelassenen Vertragsärzten dann nicht entfällt, wenn der Vertragsarzt zugunsten seiner Anstellung in dem medizinischen Versorgungszentrum auf seine Zulassung verzichtet. Das betrifft sowohl den mitgründenden Vertragsarzt als auch den Vertragsarzt, der später unter Verzicht auf seine Zulassung das bereits bestehende medizinische Versorgungszentrum erweitert. Die Gründereigenschaft wird jedoch weiterhin nur dann gewahrt, wenn der ehemalige Vertragsarzt in dem medizinischen Versorgungszentrum als Angestellter tätig ist und Gesellschaftsanteile an der Trägergesellschaft hält.

Art. 1 Nr. 42. § 100 SGB V

(Absatz 1)

Die im Entwurf enthaltene Ausweitung der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch die Landesausschüsse auch in Fällen drohender Unterversorgung wird gestrichen. Artikel 1 Nummer 42 ist daher neu gefasst und enthält nunmehr allein die bereits im Entwurf enthaltenen Änderungen zu § 100 Absatz 1.

Art. 1 Nr. 43. § 101 SGB V

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Die Regelung unter aaa) entspricht der bisherigen Änderung.

Die Änderung unter bbb) übernimmt im ersten Halbsatz die bereits vorgesehene Regelung, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgibt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung bei Jobsharing-Verhältnissen nach § 101 Absatz 1 Nummer 4 und Anstellungsverhältnissen nach § 101 Absatz 1 Nummer 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs zu bestimmen. Ziel der Regelung ist es, entsprechenden Praxen die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang in einem angemessenen Umfang (z. B. auf den Durchschnitts-umsatz der Arztgruppe) zu steigern. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird es mit der nunmehr vorgesehenen Ergänzung psychotherapeutischen Praxen ausdrücklich zugestanden, den Praxisumfang auch über den Durchschnittsumsatz einer psychotherapeutischen Praxis zu steigern, wenn sie ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Anstellungsverhältnis eingeht. Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat die näheren Festlegungen, insbesondere zur Möglichkeit der Überschreitung des durchschnittlichen Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Praxen zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 7 neu)

Nach der Flexibilisierung des gesetzlichen Rahmens der Bedarfsplanung mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der G-BA in der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 die

bisherigen Vorgaben überarbeitet und insbesondere die Planungsbereiche neu strukturiert. Nunmehr wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere zu klären, ob für einzelne Arztgruppen eine Anpassung der Verhältniszahlen oder der räumlichen Planung die neue Bedarfsplanung weiter verbessern kann. Bundesweit maßgebliche Kriterien wie die Sozial- und Morbiditätsstruktur sind nach Absatz 2 Nummer 3 bei der Ermittlung einer bedarfsgerechten Versorgung in die Beratungen einzubeziehen. Die Möglichkeit zur flexiblen Festlegung der Planungsbereiche nach Absatz 1 Satz 6, insbesondere einer kleinräumigen Planung, ist ebenfalls explizit mit in die Prüfung einzubeziehen mit dem Ziel die wohnortnahe Versorgung zu stärken. Anpassungs- und Verbesserungsmöglichkeiten sind insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Die Änderung knüpft an einen Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates an. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Absatz 2 Nummer 3 die Verhältniszahlen immer dann neu festzulegen oder anzupassen, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Beispielhaft ist bisher die demographische Entwicklung genannt. Die Ergänzung um die Sozial- und Morbiditätsstruktur stellt klar, dass auf Bundesebene auch diese Faktoren einen Regelungsbedarf auslösen können. Bei der Sozial- und Morbiditätsstruktur handelt es sich nicht um regionale Versorgungsbesonderheiten, sondern um bundesweit gewichtige Aspekte der Bedarfsplanung. Folglich sind diese Determinanten in die Bedarfsplanung auf Bundesebene einzubeziehen. Die Möglichkeit zur Abweichung auf regionaler Ebene nach § 99 Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung.

Art. 1 Nr. 44. § 103 SGB V

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird den Landesausschüssen aufgegeben, neben der Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, eine weitere Feststellung zu treffen, wenn der Versorgungsgrad in einzelnen Arztgruppen und Planungsbereichen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad um 40 Prozent überschreitet. Die Regelung korrespondiert mit der Änderung in Absatz 3a, wonach die Sollens-Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent gilt (vgl. Absatz 3a Satz 7). Damit die Verschärfung ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent umgesetzt werden kann, bedarf es zunächst der Feststellung, dass ein entsprechender Versorgungsgrad erreicht wird. Unabhängig davon bleibt es bei der mit dem GKV-VStG beschlossenen Regelung, dass der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung in Satz 3 enthält den bereits im Gesetzentwurf enthaltenen neuen Privilegierungsgrund für solche Ärztinnen und Ärzte, die sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen.

Mit dem neu eingefügten Satz 4 wird die im Gesetzentwurf enthaltene mögliche Privilegierung der Ärztinnen und Ärzte, die fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren, in eine verpflichtende Privilegierung überführt.

Satz 5 und 6 enthalten die bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Regelungen wonach für eine Privilegierung von Angestellten und Jobsharing Partnern eine mindestens dreijährige gemeinsame Tätigkeit vorliegen muss.

Mit der Regelung in Satz 7 wird unter Versorgungsgesichtspunkten eine im Vergleich zum Gesetzentwurf höhere Toleranzgrenze für die Anwendung der obligatorischen Aufkaufregelung von Arztsitzen geschaffen. Es wird geregelt, dass der Aufkauf von Arztsitzen im Sinne einer "Soll"-Vorschrift erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent zur Anwendung kommt. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ist weiterhin von Überversorgung auszugehen. Es bleibt bei der Regelung, dass der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen hat, und der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem entsprechenden Planungsbereich ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind. Neben dieser Könnens-Regelung wird nunmehr ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent eine Sollens-Regelung vorgesehen. Das bedeutet, dass ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent das Ermessen des Zulassungsausschusses bei der Entscheidung darüber, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 durchgeführt werden soll, eingeschränkt ist. Der Zulassungsausschuss ist auch hier verpflichtet zu prüfen, ob die Nachbesetzung des betreffenden Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Kommt er zu dem Ergebnis, dass die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, soll er den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen. Die in Satz 3 zweiter Halbsatz sowie den Sätzen 4 bis 6 geregelten Privilegierungstatbestände finden auch im Rahmen der Sollens-Regelung Anwendung.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Satz 9 wird geregelt, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes der Arztpraxis auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei der Fortführung der Praxis durch einen Praxisnachfolger nach Absatz 4 Satz 8 anzusetzen gewesen wäre. Dabei gilt auch hier, dass der am Markt theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger nicht in Ansatz zu bringen ist, wenn er den Verkehrswert der Praxis übersteigt. Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung des Verkehrswertes sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis. Die Entschädigung schließt den Ersatz von Folgeschäden, die z. B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, ein; der ausscheidende Vertragsarzt ist dabei zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile des ausscheidenden Vertragsarztes sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu den Änderungen in Absatz 3a (vgl. Buchstabe b).

Art. 1 Nr. 47. § 106b -neu- SGB V

Folgeänderung zur Änderung des § 32 Absatz 1a SGB V. Da dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Neuregelung des § 32 Absatz 1a SGB V nunmehr explizit die Option eingeräumt wird, in der Heilmittelrichtlinie eine Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf auch ohne Genehmigungsverfahren vorzusehen, war die Formulierung in § 106b Absatz 4 Nummer 1, die an die Genehmigung anknüpft, anzupassen.

Art. 1 Nr. 51. § 116a SGB V

Die Änderung in Buchstabe a entspricht der Formulierung im Gesetzentwurf. Ergänzt wird die bereits im Entwurf enthaltene Ermächtigungsverpflichtung durch eine verbindliche Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses durch die Zulassungsausschüsse. Hierdurch wird die bereits in der Zulassungsverordnung der Ärzte enthaltene mögliche Befristung der Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung durch eine Überprüfungspflicht flankiert.

Art. 1 Nr. 52. § 116b SGB V

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 entfällt für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen die Voraussetzung, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nur bei schweren Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht werden darf. Diese Einschränkung hätte beispielsweise bei den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle nach Ablauf der Übergangsregelung in § 116b Absatz 8 zur Folge gehabt, dass etwa die Hälfte der bisher nach § 116b SGB V alter Fassung versorgten Patientinnen und Patienten nicht in der ASV hätte versorgt werden können. Durch die Aufhebung dieser Einschränkung wird für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen eine weitere kontinuierliche und zukünftige Versorgung dieser Patientengruppe in der ASV gewährleistet.

Das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, bleibt auch für onkologische und rheumatologische Erkrankungen bestehen. Dies war auch bereits in den bisherigen konkretisierenden Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b alter und neuer Fassung ein wichtiger Bestandteil.

Aus der teilweisen Aufhebung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen ergibt sich Anpassungsbedarf für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 116b Absatz 4 erlassene Richtlinie, insbesondere für die bisher von ihm beschlossenen Regelungen zur Konkretisierung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, den der Gemeinsame Bundesausschuss unverzüglich umzusetzen hat.

Eine gesetzliche Übergangsregelung für ASV-Leistungserbringer nach derzeitiger Rechtslage auf Grundlage der einzigen bisher in Kraft getretenen Richtlinienkonkretisierung des G-BA zu einer Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen, nämlich zu schweren

Verlaufsformen von gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (derzeit nur wenige Teams) ist nicht erforderlich, weil durch die Gesetzesänderung deren Leistungsberechtigung nicht unmittelbar berührt wird. Sofern sich aufgrund der notwendigen Anpassung des Richtlinienbeschlusses des G-BA an die Streichung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen und die vorgenommene weitere Konkretisierung die Voraussetzungen für die Teilnahme an der ASV ändern sollten, ist es – wie bei jeder anderen zwischenzeitlich erfolgenden Änderung der ASV-Richtlinien durch den G-BA – nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V grundsätzlich die Aufgabe des Leistungserbringers selbst zu prüfen, ob er die Voraussetzungen noch erfüllt und dem zuständigen erweiterten Landesausschuss ggf. anzuzeigen, wenn dies nicht mehr der Fall ist. Nach § 116b Absatz 2 Satz 8 SGB V kann auch der erweiterte Landesausschuss u.a. aus gegebenem Anlass den Leistungserbringer auffordern, ihm gegenüber nachzuweisen, dass er weiterhin die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Die Ergänzung in § 116b Absatz 3 Satz 7 dient der Klarstellung, dass die obersten Landesbehörden sowie die Patientenvertretung auch im verkleinerten Gremium des erweiterten Landesausschusses ihr Mitberatungsrecht ausüben können. § 116b Absatz 3 gibt dem erweiterten Landesausschuss eine transparente, rechtssichere und beteiligungsreiche Verfahrensweise vor. In diesem Sinne sollen die Mitberatungsrechte auch im verkleinerten Gremium nicht beschnitten werden.

Zu Buchstabe d (Absatz 4)

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu den Doppelbuchstaben bb bis ee

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Zu Doppelbuchstabe ff

Mit der Regelung wird die allgemeine Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Auswirkungen seiner Beschlüsse zu beobachten und gegebenenfalls erforderliche Anpassungen vorzunehmen, hinsichtlich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen konkretisiert und insbesondere bezüglich nicht nachvollziehbarer Mengen- oder Kostenentwicklungen verstärkt. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über das Ergebnis seiner Prüfung zu berichten.

Zu Buchstabe e (Absatz 5)

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb.

Zu Buchstabe f (Absatz 6)

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird ermöglicht, dass neben den vertragsärztlichen Leistungserbringern auch die anderen Leistungserbringer die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Aufhebung des Satzes 16 wird die Möglichkeit zur Beauftragung mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die in Satz 1 vorgesehenen öffentlich-rechtlichen Stellen begrenzt.

Zu Buchstabe g (Absatz 8)
Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird der bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, begrenzt. Die nach § 116b alter Fassung getroffenen Bestimmungen werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu der entsprechenden Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung. Daraus ergibt sich, dass spätestens nach Ablauf von drei Jahren für alle Krankenhäuser allein das neue Recht gilt.

Art. 1 Nr. 53. § 117 SGB V

Zu Buchstabe a

Gestrichen wird die Möglichkeit, einen Überweisungsvorbehalt für die Behandlung durch Hochschulambulanzen bei Forschung und Lehre vorzusehen. Hierdurch wird es Patientinnen und Patienten ermöglicht, im Rahmen von Forschung und Lehre ohne Einschränkungen unmittelbar Zugang zur Behandlung durch Hochschulambulanzen zu erhalten. Dieser ungefilterte Zugang stärkt gleichzeitig auch die Tätigkeit der Hochschulambulanzen im Bereich von Forschung und Lehre.

Die in Absatz 1 ebenfalls geregelte Erweiterung des Ermächtigungsumfangs von Hochschulambulanzen auf die Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, erfasst auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen. Bei der Konkretisierung der Patientengruppen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Versorgung durch eine Hochschulambulanz bedürfen, durch die Vertragspartner sind daher auch die Patientinnen und Patienten, die an einer seltenen Erkrankung leiden, zu berücksichtigen.

Infolge der Erweiterung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind Leistungsverlagerungen aus dem niedergelassenen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung an die Hochschulambulanzen zu erwarten, die nach künftigem Recht Bestandteil der Versorgung der Hochschulambulanzen sind. Die damit verbundenen Auswirkungen auf die im Rahmen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind bei den Vereinbarungen über die Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs (§ 87a Absatz 5 Satz 7). In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen zur Ermächtigung von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) werden in Absatz 2 gestrichen und in einen eigenen Absatz 3 – neu – überführt. Damit wird verhindert, dass die für die Hochschulambulanzen vorgesehenen Änderungen (gesetzliche Ermächtigung und erweiterte

Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Personengruppen) über die Verweisregelung in Absatz 2 entsprechend auch für Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gelten. Eine vollständige Verweisung ist hier nicht sach-gerecht, weil die anerkannten Ausbildungsstätten andere Aufgaben wahrnehmen als die Hochschulambulanzen.

Zu Buchstabe c

Für die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG werden daher – mit Ausnahme der Regelung zur gesetzlichen Ermächtigung – die bisherigen Regelungen beibehalten. Ebenso wie für die Hochschulambulanzen bedarf es hier zukünftig keines Zulassungsverfahrens mehr. Die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG erbringen lediglich Leistungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Grundlage von Leistungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM). Daher wird für die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG auf die jeweils entsprechend anzuwendenden erforderlichen Regelungen zur Vergütung ambulanter Leistungen der Ambulanzen aus § 120 verwiesen, um zu gewährleisten, dass die bisherige Vergütung für die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG fort gilt. Dabei wird insbesondere angeordnet, dass bei der Vergütung wie bisher eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Diese Regelung hat sich in Bezug auf die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG bewährt.

Art. 1 Nr. 53a -neu-. § 118 SGB V

Die Ermächtigungsregelungen nach § 118 Absatz 1 bis 3 erfassen nur solche Einrichtungen, in denen die ambulante Behandlung der Versicherten in der Ambulanz einer Klinik durchgeführt wird. Das setzt eine organisatorische und räumliche Anbindung der Behandlungseinrichtung an die Klinik voraus. Räumlich und organisatorisch nicht an das Krankenhaus angegliederte Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen können nach bisheriger Rechtslage von den Zulassungsausschüssen allein unter den Voraussetzungen des § 31 Ärzte-ZV ermächtigt werden. Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen wichtigen Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker. Angesichts der besonderen Bedeutung der psychiatrischen Versorgung insbesondere auch für Kinder und Jugendliche werden die Voraussetzungen für die Erteilung einer Institutsermächtigung für Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen gelockert. Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen sind zu ermächtigen, soweit und solange eine Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Damit wird für Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen in § 118 Absatz 4 eine spezielle Ermächtigungsnorm geschaffen.

Art. 1 Nr. 53b -neu-. § 118a SGB V

Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, der den bedarfsabhängigen Ermächtigungstatbestand des § 118a um die geriatrischen Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender geriatrischer Weiterbildung erweitert.

§ 118a dient dem Ziel, eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatrischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, aber wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat versorgt werden können, zu erreichen. Die hierfür erforderliche ärztlich geriatrische Kompetenz ist neben den bisher in Absatz 1 genannten Einrichtungen auch an stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen vorzufinden. Vor diesem Hintergrund

sollen auch diese Einrichtungen und die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende geriatrische Weiterbildung verfügen, in den Ermächtigungstatbestand des § 118a einbezogen werden, um die Versorgungssituation weiter zu verbessern und gegebenenfalls bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Art. 1 Nr. 56. § 120 SGB V

Zu Buchstabe a

Um eine angemessene Finanzierung der Leistungen der Hochschulambulanzen in allen Regionen sicher zu stellen, wird auf die Vorgabe verzichtet, nach der der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenträger bundeseinheitliche Grundsätze zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang vereinbaren sollen.

Zu Buchstabe b

In den Behandlungsfällen im Krankenhaus nach § 76 Absatz 1a über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen werden den Landeskrankenhausesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen weitergehende Mitspracherechte bei den Bestimmungen zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und den erforderlichen Vordrucken zur Abrechnung dieser Leistungen eingeräumt. Dabei sind die durch die Bundesmantelvertragspartner getroffenen Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere zu Vordrucken sowie zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung, zu berücksichtigen, um vergleichbare Regelungen zu gewährleisten und unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden. Zudem wird für die Fälle der Nichteinigung eine Schiedsregelung vorgesehen. Zweck der Regelung ist, auf eine praktikable Umsetzung der Abrechnung hinzuwirken. Die Beteiligung der Krankenkassen ist vor dem Hintergrund der ergänzenden bundesmantelvertraglichen Regelungen zu den Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a vorgesehen. Die Vorgaben zur Schiedsregelung der dreiseitigen Verträge nach § 115 Absatz 3 gelten entsprechend.

Die nunmehr vorgesehene Frist entspricht der Frist zur Errichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 2. Ziel ist, dass mit der Aufnahme der Tätigkeiten der Terminservice-stellen alle erforderlichen Regelungen zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen vereinbart bzw. festgesetzt sind.

Art. 1 Nr. 57. § 125 SGB V

Zu Buchstabe a

Absatz 1 unverändert wie bisher im Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Das Preisniveau bei der Vergütung von Leistungen ist historisch bedingt bei den Ersatzkassen in der Regel höher als das der übrigen Krankenkassen. Während in den Bereichen der ärztlichen sowie zahnärztlichen Vergütung Unterschiede in der Höhe der Vergütungssätze der jeweiligen Krankenkassen über die Jahre abgebaut wurden, war dies im Bereich der Heilmittel bislang nicht der Fall.

Diese Vergütungsunterschiede und die dadurch bedingten Mehrausgaben führen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Um diese zu beseitigen, wird mit den Neuregelungen in Absatz 2a in § 125 SGB V eine schrittweise Angleichung der Heilmittelpreise über einen Zeitraum von fünf Jahren vorgenommen. Die erste Anpassung findet im Jahre 2016 statt, die letzte Anpassung erfolgt im Jahre 2021. Es wird davon

ausgegangen, dass sich die Preise nach fünf Jahren so weit angeglichen haben, dass keine wettbewerbsverzerrenden Unterschiede mehr bestehen.

Der Anpassungsprozess soll dadurch in Gang gesetzt werden, dass eine gesetzliche Preisuntergrenze festgelegt wird. Diese errechnet sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preisen des betreffenden Landes. Auf welche Preise sich die Vertragspartner in der Spanne zwischen Untergrenze und höchstem Preis letztlich einigen, liegt in ihrer Verhandlungsmacht. Dabei wird sowohl das Ziel der Preisangleichung als auch die finanzielle Situation der Heilmittelerbringer einerseits und der Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen sein. Vereinbarungen, die Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate vorsehen, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn damit die Untergrenze von Satz 1 erreicht werden soll.

Um ein einfaches Verfahren der Berechnung der niedrigsten und höchsten Höchstpreise zu ermöglichen und die wichtigsten Preisvereinbarungen einzubeziehen, werden nur Höchstpreise berücksichtigt, die zwischen den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 vereinbart wurden. Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringern bleiben unberücksichtigt.

Die Vertragspartner auf Kassenseite nach Absatz 2 Satz 1 melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich jeweils zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Höchstpreise. Anhand der gemeldeten Preise ermittelt der Spitzenverband Bund den Preisrahmen nach Satz 2 und teilt diesen den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Die gesetzliche Preisuntergrenze kommt nur dann zum Tragen, wenn ein Vergleich der am 1. April des jeweiligen Kalenderjahres gültigen Vertragspreise auf Landesebene eine Abweichung ergibt.

Art. 1 Nr. 60a. -neu- § 132e SGB V

Die Änderung greift die Stellungnahme des Bundesrates auf. Wie der Bundesrat ausführt, kann es nach der bisherigen Regelung im Falle der Kündigung einer Impfvereinbarung zu einem vertragslosen Zustand kommen, bis eine neue Vereinbarung zu Stande kommt. Versicherte sind dann auf das Kostenerstattungsverfahren angewiesen. Für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen sollten jedoch keine Umsetzungshürden bestehen. Es wird daher geregelt, dass im Fall der Beendigung eines Vertrages, der die Versorgung durch die in Satz 2 genannten Personen regelt, die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter gelten. Die Regelung gilt für Verträge mit den in Satz 2 genannten Personen, da nach Satz 2 eine Berechtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Versorgung mit Schutzimpfungsleistungen vorgeschrieben ist. Durch die Weitergeltung der Bestimmungen des bisherigen Vertrages bleibt eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungsleistungen durch die in Satz 2 genannten Personen ohne das Erfordernis eines Kostenerstattungsverfahrens gewährleistet. Zugleich bewirkt die Regelung, dass für beide Verhandlungspartner gleichermaßen ein Verhandlungsdruck besteht. Der bisherige Vertrag gilt vorläufig weiter bis ein neuer Vertrag oder bis die Entscheidung der Schiedsperson eingreift. Die Regelungen über das Schiedsverfahren in Satz 3 bis 5 sind entsprechend anzuwenden, wenn ein bereits bestehender Vertrag durch Kündigung oder auf andere Weise endet und innerhalb von drei Monaten nach Vertragsende kein neuer Vertrag zustande kommt.

Art. 1 Nr. 69 § 140a SGB V

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung des § 140a werden die bisherigen Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen (§ 73a), Verträgen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c) und Verträgen über eine integrierte Versorgung (§ 140a SGB V) in einer Norm zusammengefasst und entbürokratisiert. Alle nach bisherigem Recht möglichen Vertragsformen sind auch auf der neuen Rechtsgrundlage künftig möglich. Vor diesem Hintergrund stellt die Änderung klar, dass Krankenkassen - wie auf Basis des bisher geltenden Rechts - ambulante ärztliche Versorgungsaufträge nicht nur mit den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, sondern auch mit den dazu ermächtigten ärztlichen Leistungserbringern vereinbaren können.

Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt in Anlehnung an das bisherige Recht klar, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt ist, soweit die Versorgung der Versicherten im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung erfolgt. Das gilt jedoch nur insoweit, als in diesen Verträgen Leistungen erbracht werden, die ansonsten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden müssten. Handelt es sich um Verträge über zusätzliche Leistungen (sog. "add-on Verträge"), die nach der Neufassung des Absatzes 2 ebenfalls ausdrücklich möglich sind, so sind diese ohnehin nicht vom Sicherstellungsauftrag umfasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Aufnahme des § 27b in § 140a Absatz 2 Satz 2 – neu – wird klargestellt, dass auch Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung, die nach § 27b Absatz 6 – neu – Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, in den Verträgen vereinbart werden können. Die Krankenkassen haben demnach die Möglichkeit, die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung neben dem Anspruch nach § 27b – neu – auch als Satzungsleistung oder im Rahmen eines Vertrages nach § 140a anzubieten.

Zu Buchstabe c

Für IV-Verträge bestand schon nach bisherigem Recht eine Sonderregelung, nach der die Vertragspartner auf Grundlage des jeweiligen Zulassungsstatus für die besondere Versorgung vereinbaren können, dass auch Leistungen über den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers hinaus erbracht werden dürfen. Mit der Neuordnung der Selektivverträge soll unter anderem die besondere ambulante ärztliche Versorgung für die Beteiligung durch Krankenhäuser geöffnet werden. Voraussetzung hierfür ist die Beteiligung eines vertragsärztlichen Leistungserbringers. Die Sonderregelung für IV-Verträge soll dann sachgerecht auch für Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gelten.

Zu Buchstabe d

Der erste angefügte Satz entspricht der Regelung im Gesetzentwurf. Mit der Änderung des zweiten angefügten Satzes wird den Gesamtvertragspartnern gemeinsam und einheitlich ermöglicht, von einer Bereinigung abzusehen, wenn das zu bereinigende Vergütungsvolumen gering ist und in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand des Bereinigungsverfahrens steht. Ein Hemmnis bei der Umsetzung besonderer Verträge wird damit beseitigt.

Art. 1 Nr. 85. § 295 SGB V

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht der bereits im Entwurf enthaltenen Regelung.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 116b Absatz 6 Satz 16 (siehe zu Artikel 1 Nummer 52). Mit der Aufhebung des § 116b Absatz 6 Satz 16 wird die Möglichkeit zur Beauftragung mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die in § 116b Absatz 6 vorgesehenen öffentlich-rechtlichen Stellen begrenzt. In der Folge sind auch die Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, die mit der Beauftragung einer anderen Stelle im Zusammenhang stehen, nicht mehr erforderlich.

Art. 2 Nr. 4. § 79b SGB V

Die Wählbarkeitsvoraussetzung für die Vertreter der Ärzte im beratenden Fachausschuss für Psychotherapie, "überwiegend" psychotherapeutisch tätig sein zu müssen, wird ersatzlos gestrichen (bisheriger Buchstabe a in Artikel 2 Nummer 4 des Gesetzentwurfs entfällt). Im Übrigen entspricht die Regelung dem Gesetzentwurf (bisheriger Buchstabe b).