

In Satz 3 ist festgelegt, dass bei Regelungen in den Honorarverteilungsverträgen zu mengensteuernden Maßnahmen nach Satz 2 zu berücksichtigen ist, dass die zeitgebundenen und vorab von den Krankenkassen zu genehmigenden psychotherapeutischen Leistungen bereits einer Form der Mengensteuerung unterliegen und weiterhin eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten ist. Die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen waren nach bisherigem Recht außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen zu vergüten. Da das künftige Recht keine Regelleistungsvolumen vorsieht, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig in ihren Honorarverteilungsmaßstäben zur Sicherung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der in diesem Absatz genannten psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer die bisherige Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Bewertungsausschuss bei der Vergütung der psychotherapeutischen antragspflichtigen und nicht-antragspflichtigen Leistungen innerhalb zeitbezogener Kapazitätsgrenzen entsprechend zu berücksichtigen. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist demzufolge mittels des Konzepts der zeitlich definierten Obergrenzen zu gestalten, innerhalb derer sich die Summe der nicht-antragspflichtigen und der antragspflichtigen Leistungen ohne Abstufungen der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung abbildet.

Im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden die Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten über Vergütungsanreize weiter entwickelt und auf der regionalen Ebene flexibilisiert. Zu diesem Zweck wird mit Absatz 3 der Kassenärztlichen Vereinigung vorgegeben, in ihrem Honorarverteilungsmaßstab festzulegen, dass Maßnahmen der Fallzahlbegrenzung oder -minderung für Angehörige von Arztgruppen, für die eine (drohende) Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, keine Anwendung finden. Um gezielt den festgestellten Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, erstreckt sich die Regelung auf die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz in dem betroffenen Planungsbereich durch die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte. Somit hat die Kassenärztliche Vereinigung die Ausnahme möglicher Begrenzungsregelungen in den Fällen auszuschließen, in denen z.B. die Leistungserbringung, insbesondere von Leistungen ohne das Erfordernis eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes, aus Abrechnungsgründen in eine Zweigpraxis in einem unterversorgten Gebiet verlagert werden. Sollte die Ausnahme von möglichen Begrenzungsmaßnahmen zur Gewährleistung der Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht ausreichen, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall weitergehende Maßnahmen zu prüfen, z.B. die von (drohender) Unterversorgung betroffenen Arztgruppen gänzlich von einer Abstufung der Vergütung der einer Mengensteuerung überschreitenden Leistungen zu befreien.

Auf Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung wird verzichtet. Allerdings wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausdrücklich verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vorgaben zur Trennung des Vergütungsvolumens in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsteil zu bestimmen. Dabei ist für die Anpassungen der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung die Ausgliederung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch ein geeignetes Bereinigungsverfahren zu berücksichtigen. Des Weiteren hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen insbesondere Vorgaben zur Mengensteuerung, zur angemessenen Berücksichtigung einer kooperativen ärztlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten nach Absatz 2 Satz 2 sowie zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 zu bestimmen. Um eine größere Verbindlichkeit der nach diesem Absatz zu beschließenden bzw. zu treffenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erreichen, bestimmt Satz 3, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen diese zu beachten haben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann darüber hinaus weitere Vorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen treffen, soweit dies sachgerecht oder von den Kassenärztlichen Vereinigungen als notwendig erachtet wird. (Absatz 4).

Die Regelungen gelten nicht für die vertragszahnärztlichen Leistungen (Absatz 5).

Zu Nummer 25 (§ 87c)

Bei den Regelungen des bisherigen § 87c handelt es sich um abgelaufene Übergangsregelungen, die aufgehoben werden. Mit dem neuen § 87c wird zum Zwecke der Transparenz sowie des Wettbewerbs im Sinne eines Benchmarks die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, auf der Grundlage von Datengrundlagen der Kassenärztlichen Vereinigungen in jedem Quartal einen Bericht über die Ergebnisse der regionalen Honorarverteilung, über die Gesamtvergütung (kassen- und arztseitig), über die Bereinigungssummen (z.B. aufgrund von Selektivverträgen), über die Honorare je Arzt und Arztgruppe mit zusätzlichen Informationen zur Erklärung regionaler Honorarunterschiede aufgrund von Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu veröffentlichen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt das Nähere zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese fortlaufende Berichtspflicht ersetzt die Berichts- und Datenübermittlungsvorschrift nach dem bisherigen § 87 Absatz 3a Satz 2 bis 4. Der Pflicht zur Veröffentlichung kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Deutschen Ärzteblatt oder auch in anderer geeigneter Form, z.B. auf ihrer Internetseite nachkommen.

Zu Nummer 26 (§ 87d)

Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehene Regelung zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 wird an den mit diesem Gesetz geänderten Rechtsstand zum 1. Januar 2012 redaktionell angepasst. Darüber hinaus wird die Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer Leistungen aufgehoben. Damit soll insbesondere das Ambulante Operieren als ambulante Leistung weiterhin gefördert werden.

Zu Nummer 27 (§ 90)

Die Beteiligungsrechte der Länder in den Landesausschüssen werden gestärkt. Dazu entsenden die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zukünftig eigene Vertreterinnen oder Vertreter zu den Beratungen der Landesausschüsse.

Die staatliche Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder über die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen wird der staatlichen Aufsicht über die Trägerorganisationen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen, angeglichen. Sie ist Rechtsaufsicht und erstreckt sich damit auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, dass für die Landesausschüsse maßgebend ist.

Darüber hinaus sind die Beschlüsse der Landesausschüsse den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Prüfung ihrer Rechtmäßigkeit vorzulegen. Die Regelung entspricht der Regelung der Richtlinienprüfung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 94 Absatz 1 SGB V. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann mit Auflagen verbunden und zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist gesetzt werden. Für den Fall, dass ein für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlicher Beschluss des Ausschusses nicht oder nicht innerhalb einer gesetzten Frist zustande kommt oder Beanstandungen nicht innerhalb einer vorher gesetzten Frist behoben werden, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörden den Beschluss an Stelle des Landesausschusses erlassen. Das Nähere zu der Vorlagepflicht regelt § 14 Absatz 2 Ärzte-ZV (neu).

Zu Nummer 28 (§ 90a)

Die Länder haben die Möglichkeit, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden, in dem neben dem Land der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatz-

kassen gemeinsam auch die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam als Träger des Gremiums sowie weitere Beteiligte (z.B. andere Sozialleistungsträger, Landesärztekammern, Patientenorganisationen, Landesbehörden) vertreten sein können, soweit deren Belange berührt werden. Zu den sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, die in diesem Gremium beraten werden können, gehören auch Fragen im Zusammenhang mit der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b. Durch entsprechende landesrechtliche Regelungen können regionale Versorgungsbedürfnisse berücksichtigt und Vertreterinnen oder Vertreter der betroffenen Kommunen oder Berufsverbände hinzugezogen werden. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung dieses Gremiums bestimmt sich nach Landesrecht.

Die Beschlüsse dieses Gremiums sind für die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowie deren Träger nicht unmittelbar verbindlich und haben lediglich Empfehlungscharakter. Die Länder können vorsehen, dass die Stellungnahmen dieses Gremiums zu Entscheidungen der Landesausschüsse einzuholen und zu berücksichtigen sind. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines solchen Gremiums vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten in den Bedarfsplänen darzustellen (§ 12 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV (neu)).

Zu Nummer 29 (§ 91)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Die Neutralität der Unparteiischen und deren Stellvertreter wird wesentlich gestärkt. Als Unparteiische und deren Vertreter dürfen zukünftig nur solche Personen benannt werden, die in den vorangegangenen 3 Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei deren Mitgliedsverbänden oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. Auch Personen, die in einem Krankenhaus gearbeitet haben oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren, kommen zukünftig für die Funktion des Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht mehr in Betracht.

Zu Buchstabe bb

Bei der Berufung der Unparteiischen durch die Trägerorganisationen erhält der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zukünftig das Recht die vorgeschlagenen Personen anzuhören sowie ihrer Berufung mit Zweidrittelmehrheit zu widersprechen, wenn er aufgrund der Anhörung die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit als nicht gewährleistet ansieht. Der Gesundheitsausschuss entscheidet, ob er eine Anhörung durchführt und wen von den vorgeschlagenen neun Personen er hierzu einlädt.

Die Anhörungs- und Widerspruchsmöglichkeit des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages dienen ebenso wie die Vorgaben nach Satz 3 der Neutralität der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zugleich wird die in dem Selbstverwaltungsprinzip begründete Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder durch eine vom Parlament abgeleitete Legitimation ergänzt und damit die Legitimationsbasis des Gemeinsamen Bundesausschusses insgesamt gestärkt.

Die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses einigen sich jeweils auf einen Personalvorschlag und unterbreiten diesen dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Dieser Vorschlag wird dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit zugeleitet. Es handelt sich dabei nicht um den Vorschlag eines Gesamtpersonaltableaus, sondern um Vorschläge für jede einzelne Funktion, also jeweils für den unparteiischen Vorsitzenden, die beiden weiteren Unparteiischen und die jeweiligen 1. und 2. Stellvertreter. Damit sicher-

gestellt ist, dass die Unparteiischen zum Ende der Amtszeit eines Beschlussgremiums rechtzeitig berufen werden können und auch die vorgeschlagenen Personen hinreichende Planungssicherheit haben, legen die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Personalvorschläge spätestens 6 Monate vor Ablauf der Berufungsperiode des Beschlussgremiums vor. Für die erstmalige Vorlage der Vorschläge für die am 01. Juli 2012 beginnende Amtszeit erfolgt die Vorlage bis zum 15. Januar 2012.

Wenn der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu der Auffassung gelangt, dass die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit nicht gewährleistet ist, kann er einem Vorschlag innerhalb von 6 Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags übersendet seinen Beschluss an das Bundesministerium für Gesundheit, das ihn an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiterleitet. Die Trägerorganisationen haben dann innerhalb von 6 Wochen einen neuen Vorschlag vorzulegen. Wenn ein neuer Vorschlag nicht fristgerecht vorgelegt wird oder wenn der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages auch dem neuen Personalvorschlag innerhalb von 6 Wochen widerspricht, beruft das Bundesministerium für Gesundheit eine andere Person für die jeweilige Funktion im Wege der Ersatzvornahme. Das Vorschlags- und Widerspruchsverfahren findet auch Anwendung, wenn ein Unparteiischer oder ein Stellvertreter vorzeitig ausscheidet. Die jeweils einschlägigen Vorgaben des Bundesgremienbesetzungsgesetzes für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern sind zu beachten.

Aufgrund der Änderung des Berufungsverfahrens für die Unparteiischen kommt das in § 5 Absatz 1 Satz 1 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehene Verfahren nicht zur Anwendung.

Zu Buchstabe cc

Die Berufsperiode des Beschlussgremiums wird zukünftig auf 6 Jahre verlängert. Für die unparteiischen Mitglieder wird eine zweite Amtszeit zukünftig ausgeschlossen. Auch dies dient ihrer Unabhängigkeit, da ihr Abstimmungsverhalten nicht zum Maßstab einer erneuten Berufung gemacht werden kann. Durch diese Regelung wird nicht ausgeschlossen, dass der Vertreter oder die Vertreterin eines Unparteiischen in der nachfolgenden Amtsperiode nochmals in Stellvertreterfunktion oder auch als Unparteiische oder Unparteiischer berufen werden kann.

Als Übergangsregelung greift der Ausschluss einer zweiten Amtszeit erst ab der am 01. Juli 2018 beginnenden Amtszeit, um die gegenwärtigen Unparteiischen, deren Amtszeit nur vier Jahre beträgt, nicht von vornherein von einer weiteren Amtszeit auszuschließen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient einer an den jeweiligen Beschlussgegenstand angepassten und sachgerechten Stimmverteilung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Für eine sachgerechte Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist es erforderlich, aber insoweit auch hinreichend, wenn nicht alle, sondern die von einem Beschluss wesentlich betroffenen Trägerorganisationen auf Leistungserbringerseite ihre spezifische Sachkunde sowie ihre Interessen in die Beratungen und Abstimmungen im Gemeinsamen Bundesausschuss einbringen. Bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringergesellschaften wesentlich betroffen ist, werden daher die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringergesellschaften jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringergesellschaften übertragen. Für einen Beschluss, der allein den vertragszahnärztlichen Bereich betrifft, bedeutet dies z.B., dass das von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannte Mitglied auch die Stimmen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, also alle 5 Stimmen der Leistungserbringerseite bei der Abstimmung über den Beschluss abgeben kann. Betrifft ein Beschluss sowohl den vertragsärztlichen als auch den stationären Bereich,

nicht jedoch den vertragszahnärztlichen Bereich, wird die Stimme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung anteilig auf die Mitglieder der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen. Dies bedeutet, dass jedem der vier Mitglieder ein Stimmgewicht von 5/4 oder 1,25 zukommt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat erstmals bis zum 31. Januar 2012 eine Zuordnung der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses danach vorzunehmen, ob allein einer oder allein zwei oder alle der Leistungssektoren wesentlich betroffen sind. Diese Zuordnung ist als Teil der Geschäftsordnung, beispielsweise als Anhang, zu beschließen und bedarf daher nach § 91 Absatz 4 Satz 2 der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Nach dieser Zuordnung richtet sich die Stimmverteilung im Beschlussgremium. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird bereits gesetzlich vorgegeben, dass es sich um eine Angelegenheit handelt, die sowohl den vertragsärztlichen als auch den stationären Bereich, nicht jedoch den vertragszahnärztlichen Bereich, wesentlich betrifft. Dies gilt unabhängig davon, ob der jeweilige Beschluss formal auf Grundlage des § 135 oder des § 137c getroffen wird. Für die gemeinsam beratenen, aber rechtlich getrennten Beschlüsse zur Methodenbewertung im vertragsärztlichen Bereich einerseits und im Krankenhausbereich andererseits ist zukünftig insoweit weiterhin an einer sektorenübergreifenden Stimmverteilung festzuhalten. Eine Aufspaltung der in überwiegenden Teilen auf gleicher Grundlage zu treffenden Nutzenbewertungen wäre vor dem Hintergrund der Annäherung der Sektoren und der notwendigen Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Leistungsbereich nicht sachgerecht.

Die Umsetzung der Regelung erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung bis zum 31. Januar 2012 die Zuordnung der Richtlinien und Beschlüsse vorzunehmen. Nach der Genehmigung dieser Regelung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt die Stimmübertragung ab dem 01. Februar 2012. Damit der Gemeinsame Bundesausschuss die Zuordnung frühzeitig erarbeiten kann, tritt diese Aufgabenzuweisung zum Zeitpunkt der 3. Lesung in Kraft. Die bereits gesetzlich vorgesehene Stimmübertragung nach Satz 4 erfolgt ab dem 01. Januar 2012.

Zu Buchstabe c

Die Verweisung wird an eine zwischenzeitlich erfolgte Änderung angepasst.

Zu Buchstabe d

Im Rahmen der Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses spielen die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener oder –beziehbarer Daten eine immer größere Rolle. Deshalb ist eine frühzeitige Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte bei den Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sicherzustellen. Um dies zu erreichen, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese Stellungnahme in seine Entscheidung einzubeziehen.

Die Regelung umfasst alle Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regeln oder voraussetzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auch schon im Vorfeld eines Beschlussentwurfes beteiligen, sobald der Bearbeitungsstand eine datenschutzrechtliche Bewertung zulässt. Dies bedeutet, dass im Regelfall der jeweilige Beschluss oder die Richtlinie soweit konkretisiert sein muss (insbesondere im Hinblick auf die Art und den Umfang der zu erhebenden, verarbei-

tenden und zu nutzenden Daten sowie die Datenflüsse), dass eine datenschutzrechtliche Bewertung möglich ist.

Die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seine Entscheidung einzubeziehen. Er muss sich insbesondere in den tragenden Gründen der jeweiligen Richtlinie oder des jeweiligen Beschlusses mit der Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit inhaltlich auseinandersetzen. Enthält die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Empfehlungen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss, falls er von diesen Empfehlungen in seinen Beschlüssen oder Richtlinien abweicht, dies nachvollziehbar zu begründen.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz in § 137f auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Für Beschlüsse, die wegen des Ausschlusses von bisher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachter Leistungen besondere Auswirkungen auf die Versorgung haben und die in sektorenübergreifender Besetzung getroffen werden, wird ein Mindestquorum von 9 Stimmen eingeführt, das etwa einer Zweidrittelmehrheit entspricht, um diese weitreichenden Entscheidungen auf eine breitere Akzeptanzbasis zu stellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ein vorbehaltloser Austausch der Positionen und Interessen der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, auf dem das Konzept der untergesetzlichen Normsetzung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung maßgeblich mit beruht, sowie insbesondere das Einbringen von persönlichen Erfahrungen der von den Patientenorganisationen nach § 140f SGB V entsandten sachkundigen Personen erfordern es, dass die nichtöffentlichen Beratungen in den vorbereitenden Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses vertraulich sind. Die Regelung dient der Klarstellung, dass diese vertraulichen Informationen nicht – auch nicht nach Antrag gemäß Informationsfreiheitsgesetz – mitzuteilen sind. Das Gleiche gilt auch für diejenigen internen Beratungen des Beschlussgremiums, die in nichtöffentlicher Sitzung erfolgen, etwa weil sie keine Richtlinien oder sonstige allgemeinverbindlichen Entscheidungen zum Gegenstand haben.

Die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu der gebotenen Transparenz bleibt hiervon unberührt. Er hat seine Entscheidungen weiterhin nachvollziehbar zu begründen und in seinen tragenden Gründen auch die Abwägung der entscheidungserheblichen Argumente darzustellen. Dies gilt ebenso für die Veröffentlichung der zusammenfassenden Dokumentation des jeweiligen Beratungsverfahrens, die insbesondere auch die Darstellung etwaiger abweichender Voten der Beteiligten und eine Auseinandersetzung mit den eingegangenen Stellungnahmen enthält.

Zu Buchstabe g

Die Übergangsregelung in Absatz 9 entfällt wegen zwischenzeitlichen Zeitablaufs.

Zu Absatz 9 (neu)

Das Gesetz regelt für die vielfältigen Bereiche, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss seine Beschlüsse fasst, jeweils bestimmte Stellungnahmerechte. So etwa in den

§§ 35 Absatz 2, 35a Absatz 3, 56 Absatz 3, 63 Absatz 3c, 91 Absatz 5, 137 Absatz 4, 137f Absatz 2 und insbesondere in den Absätzen 1a, 1b, 3a, 5, 6, 7, 7a, 7b, 7c des § 92.

Diese gesetzlich vorgesehene Form der Verfahrensbeteiligung von Dritten durch die Einräumung eines spezifischen Stellungnahmerechts zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die ihre jeweiligen Interessen oder Aufgaben berühren, hat sich bewährt. Insbesondere für Verbände und Berufsgruppen von Leistungserbringern, die institutionell nicht unmittelbar in das System der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzten sowie Krankenhäusern im Gemeinsamen Bundesausschuss eingebunden sind, wird auf diese Weise gewährleistet, dass ihre spezifische Sachkenntnis und berufspolitische bzw. wirtschaftliche Interessenlage in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen werden.

Um für die jeweils Stellungnahmeberechtigten die Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten bei der Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss weiter zu erhöhen, erhalten sie zusätzlich das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss in der Regel auch mündlich angehört zu werden. Dies erleichtert den fachlichen Austausch, dient einer fundierten Auseinandersetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit den eingegangenen Stellungnahmen und erhöht damit auch die Akzeptanz der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unberührt bleibt die Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses die Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen und den darin angeführten Argumenten weiterhin in seinen beschlussbegründenden Unterlagen zu dokumentieren.

Über dieses mündliche Anhörungsrecht hinausgehend hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung zu regeln, dass jeweils ein Vertreter einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation – etwa auf Beschluss des Plenums oder durch den Vorsitzenden des Unterausschusses – zur unmittelbaren Teilnahme an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

Zu Absatz 10

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, bei seinen Entscheidungen zukünftig entstehende Bürokratiekosten abzuschätzen. Durch die Verweisung auf § 2 Absätze 2 und 3 des Normenkontrollratsgesetzes wird klargestellt, dass die Bürokratiekostenschätzung insoweit nach den gleichen Anforderungen zu erfolgen hat an, wie sie etwa für Regelungsentwürfe der Bundesministerien gelten. Die ermittelten Bürokratiekosten sind nachvollziehbar in den jeweiligen beschlussbegründenden Unterlagen darzulegen, für Richtlinienbeschlüsse demnach in den tragenden Gründen nach § 94 Absatz 2 oder der Zusammenfassenden Dokumentation, die dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 zusammen mit dem Richtlinienbeschluss zur Prüfung vorzulegen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in seiner Verfahrensordnung bis zum 30. Juni 2012, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf.

Zu Nummer 30 (§ 92)

Zu Buchstaben a und b

Die Verweisungen werden an zwischenzeitlich erfolgte Änderungen angepasst.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 7d

Vor der Beschlussfassung zu einer nichtmedikamentösen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erhalten neben den Heilberufekammern nach § 91 Abs. 5 zukünftig auch die jeweils einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht. Ne-

ben der bereits bisher auf der Grundlage der Verfahrensordnung erfolgenden Beteiligung der Fachkreise am Anfang eines neuen Beratungsverfahrens bedarf es auch vor der abschließenden Beschlussfassung im G-BA der Einbeziehung der einschlägigen Fachgesellschaften. Die Erweiterung der Stellungnahmerechte erhöht die Gewähr dafür, dass die Entscheidungen des G-BA über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf einer fachlich fundierten und die realen Versorgungsaspekte berücksichtigenden Grundlage getroffen werden. Der fachliche Diskurs und die in den beschlussbegründenden Unterlagen des G-BA zu dokumentierende Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen dient zudem der Transparenz, dem Verständnis und der Akzeptanz der Entscheidungen. Gleiches gilt auch für die Einbeziehung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller sowie der jeweils einschlägigen Medizinproduktehersteller in das Stellungnahmeverfahren bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruht. Dies ist beispielsweise bei Methoden der Strahlentherapie oder -diagnostik der Fall.

Das in § 91 Absatz 9 (neu) eingeführte mündliche Anhörungsrecht gilt auch für die Stellungnahmeberechtigten nach § 92 Absatz 7d.

Zu Absatz 7e

Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen über die Bedarfsplanungsrichtlinien beraten wird. Die Länder können hierzu zwei Vertreter zur Teilnahme an der jeweiligen Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses entsenden, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Das Mitberatungsrecht der Ländervertreter umfasst ein Rederecht, ein Anwesenheitsrecht bei den Beratungen und Abstimmungen sowie das Recht, Diskussionsthemen auf die Tagesordnung setzen zu lassen. Dies betrifft das Plenum, in dem über die Bedarfsplanungsrichtlinien entschieden wird, ebenso wie die vorbereitenden Beratungen zu den Bedarfsplanungsrichtlinien im zuständigen Unterausschuss sowie in dessen nachgeordneten Gremien wie Arbeitsausschüssen oder Arbeitsgruppen. Um das Mitberatungsrecht ausüben zu können, erhalten die beiden Vertreter der Länder auch die jeweiligen Beratungsunterlagen.

Zu Absatz 7f

Vor der Beschlussfassung über die geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung sowie der Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität erhält das Robert Koch-Institut zukünftig ein Stellungnahmerecht. Dabei hat das Robert Koch-Institut seine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie die Kommission für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie zu beteiligen. Durch das Recht zur Stellungnahme und das Erfordernis des Einbezugs in die Beschlussfassung wird sichergestellt, dass die fachliche Expertise des Robert Koch-Institutes und der bei ihm angesiedelten Kommissionen bei der Erarbeitung der Richtlinien zur Sicherung und Beurteilung der Hygienequalität des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt wird.

Zu Nummer 31 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bereits nach geltendem Recht ist festgelegt, dass es sich bei medizinischen Versorgungszentren um ärztlich geleitete Einrichtungen handelt. Durch den neuen Satz 3 wird vorgegeben, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein muss und in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen darf. Hierdurch wird die sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet, denn nur ein ärztlicher

Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des medizinischen Versorgungszentrums eingebunden ist, hat tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe und kann sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden. Die Anforderungen an die ärztliche Leitung gelten auch für medizinische Versorgungszentren, die unter den in dem neuen Absatz 1a geregelten Bestandsschutz fallen (s. Erläuterung dort).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 1a (siehe Buchstabe b).

Zu Buchstabe b

Durch den neu eingefügten Absatz 1a werden die Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren neu gefasst. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. In den medizinischen Versorgungszentren, die von solchen Investoren gegründet werden, besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Das mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für medizinische Versorgungszentren auf die an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer verfolgte Ziel, den medizinisch-fachlichen Bezug der Gründer zu gewährleisten ist nicht vollständig erreicht worden, weil Kapitalgeber z.B. durch den Kauf eines Pflegedienstes oder eines Hilfsmittelerbringers die Voraussetzungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren im gesamten Bundesgebiet erfüllen können. Dadurch stehen in Bereichen wie z.B. der Augenheilkunde teilweise immer weniger Vertragsarztsitze für freiberuflich tätige Ärzte in eigener Praxis zur Verfügung. Diese Entwicklung birgt Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen. Um dem entgegenzuwirken können künftig medizinische Versorgungszentren nach Satz 1 nur noch von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und von nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Die Gründungsberechtigung wird dadurch auf Leistungserbringer konzentriert, die bisher den Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten geleistet haben. Sonstige Leistungserbringer nach dem SGB V, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind künftig nicht mehr berechtigt, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Damit werden diejenigen Leistungserbringer ausgeschlossen über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung die Voraussetzungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren erfüllt haben. Eine Ausnahme gilt für gemeinnützige Trägerorganisationen, die oftmals einen wichtigen Beitrag für die Versorgung der Versicherten leisten. Da aufgrund der Gemeinnützigkeit keine Mittelabflüsse an private, rein gewinnorientierte Organisationen zu erwarten sind, ist eine Beeinflussung der ärztlichen Entscheidungen durch sachfremde Erwägungen nicht zu befürchten.

Als zulässige Rechtsformen für medizinische Versorgungszentren sind künftig nur noch Personengesellschaften, d.h. Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften oder Ärztegesellschaften nach § 32a der Musterberufsordnung der Ärzte, sowie Gesellschaften mit beschränkter Haftung zugelassen. Insbesondere durch den Ausschluss von Aktiengesellschaften als zulässiger Rechtsform für medizinische Versorgungszentren wird die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen gewährleistet. So begründet der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums in der Form einer Aktiengesellschaft die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Aktiengesellschaften weisen einen Gesellschafterverbund auf, der typischerweise lockerer ist als bei Personengesellschaften und GmbHs. Auch sind ihre Anteile generell umlauffähiger, der Einfluss der Mitglieder auf die Geschäftsführung ist geringer. Das führt dazu, dass bei der Aktiengesellschaft der Aspekt

des kollektiven Kapitaleinsatzes zur Vermögensvermehrung typischerweise stärker im Vordergrund steht als bei anderen Gesellschaftsformen. Gegen die Zulassung der Aktiengesellschaft als Gründer von MVZ spricht auch, dass die Regelungen zur Praxisnachfolge von medizinischen Versorgungszentren nach § 103 Absatz 4d Satz 3 eine einfach zu treffende, eindeutige Aussage zu der Frage erfordert, ob die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht. Diesem Erfordernis kann in Aktiengesellschaften wegen der einfacheren Übertragbarkeit von Aktien regelmäßig nicht in gleicher Weise Rechnung getragen werden, wie in Gesellschaften mit beschränkter Haftung.

Satz 3 regelt einen umfassenden Bestandsschutz für medizinische Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung bereits zugelassen waren. Diese Zulassungen gelten unabhängig von der Rechtsform und der Trägerstruktur des bestehenden medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Das bedeutet, dass diese bestandsgeschützten Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können. So können Sie insbesondere, frei werdende Arztstellen nachbesetzen, weitere Vertragsarztsitze hinzunehmen, sich auf nach § 103 Absatz 4 ausgeschriebene Vertragsarztsitze bewerben sowie Änderungen in der Organisationsstruktur des medizinischen Versorgungszentrums vornehmen, etwa bezüglich der Rechtsform, der Trägerstruktur oder der Gesellschaftsverhältnisse. Eine Ausnahme von diesem umfassenden Bestandsschutz bildet lediglich die zweite Alternative des neuen Satzes 4 in Absatz 6, der einen Entzug der Zulassung vorsieht, wenn das medizinische Versorgungszentrum nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Neuregelung nachweist, dass die ärztliche Leitung den Anforderungen von Absatz 1 Satz 3 genügt (vgl. Erläuterung zu Buchstabe d Doppelbuchstabe bb).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu der Beschränkung der zulässigen Rechtsformen in Absatz 1a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe f.

Zu Buchstabe d

Zu Buchstabe aa

Anpassung der Verweisung an die Änderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe bb

Aufgrund des in Absatz 1a Satz 3 geregelten umfassenden Bestandsschutz für medizinische Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung bereits zugelassen waren, sind die Voraussetzungen für eine Zulassungsentziehung entsprechend anzupassen. Bei bestandsgeschützten medizinischen Versorgungszentren ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen nach altem Recht länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Darüber hinaus sieht die zweite Alternative in Satz 4 vor, dass die Zulassung auch dann zu entziehen ist, wenn das medizinische Versorgungszentrum nicht innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Neuregelung gegenüber dem Zulassungsausschuss eine ärztliche Leitung nachweist, die den Anforderungen von Absatz 1 Satz 3 genügt. Angesichts der Bedeutung unabhängiger und weisungsfreier ärztlicher Entscheidungen für die Versorgung der Versicherten erscheint es auch für bestandsgeschützte Einrichtungen zumutbar, die ärztliche Leitung innerhalb von sechs Monaten einem in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Arzt zu übertragen.

Zu Buchstabe e

Aufgrund der neuen Nummer 12 des § 98 Absatz 2 i. V. m. dem neuen Absatz 4 in § 19 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist künftig unter bestimmten Voraussetzungen die Befristung von vertragsärztlichen Zulassungen möglich. Ziel der Regelung ist es, perspektivisch die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren (vgl. Änderung zu § 19 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Um dieses Ziel zu erreichen wird in Absatz 7 ergänzend geregelt, dass die Zulassung eines Vertragsarztes oder eines medizinischen Versorgungszentrums mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes endet. Ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 SGB V findet nicht statt.

Zu Buchstabe f

Nach dem geltenden Recht ist die (Rück-)Umwandlung einer nach § 95 Absatz 9 Satz 1 genehmigten Angestelltenstelle in einen eigenständigen Vertragsarztsitz nicht möglich. Da eine solche Stelle auch in überversorgten Planungsbereichen nachbesetzt werden kann (vgl. § 103 Absatz 4a Satz 5, Absatz 4b, Satz 2) tritt ein Abbau von Überversorgung nicht ein. Aus Sicht der Bedarfsplanung macht es für die Bestimmung des Versorgungsgrades keinen Unterschied, ob ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt als angestellter Arzt oder als niedergelassener Vertragsarzt tätig ist. Vertragsärzten kann es daher ohne negative Auswirkungen ermöglicht werden, eine nach Absatz 9 Satz 1 genehmigte Anstellung zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umwandeln zu lassen. Hierzu sieht die Vorschrift vor, dass die genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes in eine Zulassung umzuwandeln ist. Als Inhaber der bisherigen Arztstelle für einen angestellten Arzt kann der anstellende Vertragsarzt entscheiden, ob er selbst oder der bisher angestellte Arzt Inhaber der neuen Zulassung werden möchte. Will der anstellende Vertragsarzt Inhaber der Zulassung werden, hat er zugleich die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 103 Absatz 4 zu beantragen und kann dadurch eine nicht mehr benötigte Arztstelle im Zuge des Nachbesetzungsverfahrens wirtschaftlich verwerten. Beantragt der anstellende Vertragsarzt keine Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 hat der Zulassungsausschuss die Zulassung dem bisher angestellten Arzt zu erteilen. Hierdurch erhalten Vertragsärzte die flexible Möglichkeit, nach einer Bewährungsphase und bei entsprechendem Interesse zunächst angestellte Ärzte als Vertragsärzte gleichberechtigt in die Praxis zu integrieren.

Voraussetzung für die Umwandlung ist darüber hinaus, dass der zeitliche Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes der üblicherweise mit einer vollen oder halben Zulassung verbundenen Vertragsarztstätigkeit entspricht. Dabei ist nicht allein auf den in § 17 Absatz 1a des Bundesmantelvertrages-Ärzte geregelten Mindestumfang von Sprechstunden abzustellen. Ausgehend davon, dass die vertragsärztliche Tätigkeit nach § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte grundsätzlich als Vollzeittätigkeit angelegt ist, kommt die Umwandlung in eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag nur in Betracht, wenn die Arbeitszeit des angestellten Arztes mindestens der durchschnittlichen Arbeitszeit von angestellten Ärzten bei einer Vollzeittätigkeit entspricht. Die Umwandlung in eine halbe Zulassung setzt voraus, dass mindestens 50 Prozent dieser durchschnittlichen Arbeitszeit erreicht werden.

Die Neuregelung gilt gemäß dem dort neu angefügten Satz 3 auch für die Fälle des § 103 Absatz 4b. Hat demnach ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um bei einem anderen Vertragsarzt als angestellter Arzt zu arbeiten kann die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden.

Durch die Ergänzung in Absatz 2 Satz 8 (vgl. Buchstabe c Doppelbuchstabe bb) sowie in § 103 Absatz 4a gilt die Regelung entsprechend für medizinische Versorgungszentren und auch für die Fälle des § 103 Absatz 4a. Auch hier gilt daher, dass wenn ein Vertrags-

arzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet hat, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt zu arbeiten, die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden kann.

Zu Nummer 32 (§ 95d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 105 Absatz 5. Angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in Eigeneinrichtungen kommunaler Träger tätig sind, unterliegen in demselben Umfang der Fortbildungspflicht, wie angestellte Ärztinnen und Ärzte eines MVZ, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 119b und haben die nach §95d Absatz 2 erforderlichen Nachweise zu erbringen. Ferner wird klargestellt, dass die Fortbildungspflicht auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte von Eigeneinrichtungen gilt, die die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 zur Sicherstellung der Versorgung betreiben.

Zu Buchstabe b

Den Fortbildungsnachweis für angestellte Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 105 Absatz 5 führt die jeweilige kommunale Einrichtung. Dies entspricht der geltenden Regelung für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in einem MVZ, bei einer Vertragsärztin, einem Vertragsarzt oder in einer Einrichtung nach § 119b tätig sind. Einer gesonderten Regelung für Eigeneinrichtungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden bedarf es nicht. Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die Einhaltung der entsprechenden Fortbildungspflichten zu überwachen.

Zu Buchstabe c

Nach Absatz 3 wird das Honorar von Ärztinnen und Ärzten, die ihre Pflicht zur Fortbildung verletzen, gekürzt. Absatz 5 Satz 4 überträgt diese Regelung auf angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in einem MVZ, bei einer Vertragsärztin, einem Vertragsarzt oder in einer Einrichtung nach § 119b tätig sind. Mit der vorgesehenen Erstreckung auf Einrichtungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt werden oder in kommunaler Trägerschaft liegen wird sichergestellt, dass der Anreiz zur Erfüllung der Fortbildungspflicht auch in diesen Einrichtungen eingreift.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Satz 2. Die Regelung gilt künftig für alle in Satz 2 der Vorschrift genannten Leistungserbringer.

Zu Nummer 33 (§ 98)

Zu Buchstabe a

Durch die Neufassung der Nummer 12 wird erstmals die Möglichkeit geschaffen, Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu befristen. Die Befristung dient dem Ziel, perspektivisch die Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen werden durch den neuen Absatz 4 in § 19 der Zulassungsverordnung für Ärzte geregelt.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 3 regelt, dass in der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte keine Regelungen für eine Befristung von Zulassungen zu treffen sind. Dies ist darin begründet, dass es in der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Zulassungssperren mehr gibt und

daher eine Befristung keinen Sinn machen würde, weil der Vertragszahnarzt aufgrund der freien Zulassungsmöglichkeiten berechtigt wäre, eine neue Zulassung zu erhalten.

Zu Nummer 34 (§ 99)

Den Beteiligten wird ein größerer gesetzlicher Gestaltungsspielraum für die Bedarfsplanung eingeräumt, um regionale Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung berücksichtigen zu können. Solche Besonderheiten können sich insbesondere aus der regionalen demographischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben, wenn sich nach Alter, Geschlecht und ergänzenden Morbiditätskriterien ein spezifischer oder überdurchschnittlicher regionaler Versorgungsbedarf ergibt. Zu diesem Zweck kann von der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden (z.B. abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche oder abweichende Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad). Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt allerdings maßgeblich, wenn und soweit nicht regionale Besonderheiten die Abweichungen rechtfertigen; eine Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses, in der Bedarfsplanungsrichtlinie die Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten zu regeln, besteht nicht. Die Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie sind in dem Bedarfsplan zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen (§ 12 Absatz 3 Ärzte-ZV).

Neben den zuständigen Landesbehörden haben die Kassenärztlichen Vereinigungen andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bedarfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuziehen. Auch andere Sozialversicherungsträger und die Krankenhausgesellschaften sind zu unterrichten und können hinzugezogen werden (§ 13 Absatz 1 und 2 Ärzte-ZV). Die Länder können darüber hinaus vorsehen, dass Stellungnahmen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V (neu) einzuholen und in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind.

Die bisherige Benehmensregelung wird durch eine Regelung ersetzt, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan künftig den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, die nach § 78 SGB V die Rechtsaufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen ausüben, vorzulegen haben. Diese können den Bedarfsplan innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Da eine Beanstandung das Planungsermessen der Beteiligten in der Regel unberührt lässt, haben diese zu entscheiden, in welcher Form der Beanstandung abzuhelpfen ist und wie die Einwände der Behörde in der Planung berücksichtigt werden sollen. Besteht darüber Einvernehmen, erübrigt sich die Anrufung des Landesausschusses. Andernfalls können die Beteiligten den Landesausschuss zur Entscheidung anrufen. Halten die Beteiligten demgegenüber an der bisherigen Planung einvernehmlich fest, steht ihnen der Rechtsweg gegen die Beanstandung offen.

Zu Nummer 35 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die neue Nummer 2a trägt der Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung Rechnung (vgl. insbesondere Änderung des § 116b). An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die spezialärztliche Leistungen erbringen, stehen durch diese Leistungen nicht mehr im vollen Umfang zur Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung. Ihre Tätigkeit im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung ist daher bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug zu bringen. Der Gemeinsamen Bundesausschuss erhält deshalb den Auftrag, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Bestimmungen über den Umfang der Berücksichtigung die-

ser Tätigkeit zu treffen. Dabei wird der Gemeinsame Bundesausschuss auch festzulegen haben, wann Leistungen der spezialärztlichen Versorgung bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbracht werden. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss zu prüfen haben, inwieweit es nach § 101 Absatz 2 Satz 1 einer Anpassung der Verhältniszahlen bedarf, weil spezialärztliche Leistungen nicht mehr im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden und damit nicht mehr von der Bedarfsplanung erfasst werden.

Hintergrund der neuen Nummer 2b ist, dass bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich derzeit nur zugelassene und bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt oder in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 i. V. m. § 17 der Bedarfsplanungsrichtlinie). Um künftig alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung zu erfassen, sieht die neue Nummer 2b einen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung auch der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu treffen. Dies betrifft sowohl Ärztinnen und Ärzte, die über eine individuelle Ermächtigung verfügen (z.B. nach § 116 ermächtigte Krankenhausärzte) als auch Ärztinnen und Ärzte, die in einer ermächtigten Einrichtung (z.B. in einem Krankenhaus, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum) tätig sind. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses wird es sein, Regelungen darüber zu treffen, wie die betreffenden Ärztinnen und Ärzte ihrem jeweiligen Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend anteilig in die Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches eingehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird auch festzulegen haben, unter welchen Voraussetzungen Ärzte bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen.

Mit der Änderung der Nummer 3 wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in einem übertorsorgten Planungsbereich zu treffen (sog. Sonderbedarfszulassungen), sprachlich präziser gefasst und erweitert. Unabhängig von den künftigen Möglichkeiten der zuständigen Gremien auf Landesebene, aufgrund regionaler Besonderheiten von der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung abweichen zu können, wird ergänzend auch die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig ausgestaltet. Anlass hierfür ist, dass von der Möglichkeit, Sonderbedarfszulassungen zur Gewährleistung der Sicherstellung der Versorgung zu erteilen, bislang von den Zulassungsausschüssen in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wird. Die Umsetzung der entsprechenden Richtlinienregelungen bereitet in der Praxis offenbar Probleme. Es wird daher Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses sein, die Vorgaben und Konstellationen so zu konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird. Dieser Sonderbedarf kann entweder lokal (räumlich) begründet sein oder sich qualitätsbezogen auf bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche (z.B. HIV-Betreuung) beziehen, so dass in einem Versorgungsbereich des jeweiligen Planungsbezirks trotz bestehender Überversorgung die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige Regelung in Satz 6, die vorschreibt, dass die regionalen Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird durch eine flexiblere Regelung ersetzt. Künftig hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Planungsbereiche allein nach der Maßgabe festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Die neue Regelung gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss damit einen weiten Entscheidungsspielraum. Maßgeblich für die Neugestaltung der Planungsbereiche ist die Sicher-

stellung einer wohnortnahen Versorgung. Aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung der Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote ermöglicht die Neureglung es daher auch, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren. In Betracht kommt dabei auch eine Differenzierung zwischen hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung. Letztere ist dabei von der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, wie sie künftig in § 116b geregelt ist und für die keine Bedarfsplanung vorgesehen ist, zu trennen. Die Neuregelungen sollen zum 1. Januar 2013 wirksam werden. Es ist daher Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, die erforderlichen Anpassungen der Bedarfsplanungsrichtlinie so rechtzeitig zu beschließen, dass sie zum 1. Januar 2013 in Kraft treten können. Der Gemeinsame Bundesausschuss bleibt im Übrigen verpflichtet, die Festlegung der Planungsbereiche regelmäßig zu überprüfen und ggf. an veränderte Gegebenheiten anzupassen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Da bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfasst werden sollen, wird mit der Änderung auch die in Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte in die Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich einbezogen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die in Satz 7 getroffene Regelung, nach der bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsgrad nur mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt und in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärztinnen und Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen sind, wird um zwei Regelungen ergänzt. Der neue Satz 8 trägt der Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung Rechnung (vgl. insbesondere Änderung des § 116b). Soweit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte spezialärztliche Leistungen nach § 116b erbringen, ist diese Tätigkeit hiernach bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 1 Nummer 2a zu treffenden Bestimmungen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass sich der Faktor, mit dem die betreffenden Ärzte in die Bedarfsplanung eingehen, entsprechend verringert. Der neue Satz 9 sieht eine Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten vor. Die Regelung nimmt dabei Bezug auf die künftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 1 Nummer 2b zu treffenden Bestimmungen (vgl. Begründung zu Doppelbuchstabe aa). Eine Berücksichtigung der betreffenden Leistungserbringer erfolgt damit nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung ein Verweisungsfehler aufgehoben.

In der Nummer 3 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich vorgegeben, dass eine zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen insbesondere unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung vorzunehmen ist.

Als weitere sachgerechte Kriterien für die Anpassung der Verhältniszahlen kommen im Übrigen solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben. Hierzu gehören auf regionaler Ebene auch die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbereich sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen. Dadurch können den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus

Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 2, nach der bei Anpassungen oder Neufestlegungen der Verhältniszahlen die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen war, wird aufgehoben. Die Anpassung der Verhältniszahlen soll damit künftig nicht mehr stichtagsbezogen, sondern allein nach sachgerechten Kriterien (§ 101 Absatz 2 Satz 1) erfolgen.

Zu Buchstabe c

Mit den Änderungen wird geregelt, dass die neuen Nummern 2a und 2b des § 101 Absatz 1 Satz 1 nicht für Zahnärzte gelten. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass eine spezialärztliche Leistungserbringung für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung nicht vorgesehen ist und Ermächtigungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung nur sehr selten sind. Aufwendige Richtlinienregelungen werden daher nicht für erforderlich gehalten.

Künftig Anwendung finden wird hingegen die Regelung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a, die bislang nicht für Zahnärzte galt. Damit wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, auch in der Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung die allgemeinen Voraussetzungen zu bestimmen, nach denen die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in einem nicht unterversorgten Planungsbereich feststellen können. Für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird somit künftig die Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragszahnärzte in Gebieten bestehen, für die der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (vgl. § 105 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz).

Zu Nummer 36 (§ 103)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Aufhebung der Altergrenze für Vertragsärzte durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 30. September 2009

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund der neuen Nummer 12 des § 98 Absatz 2 in Verbindung mit § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte können Zulassungen künftig unter bestimmten Voraussetzungen befristet werden. Die Befristungsmöglichkeit dient dem Ziel, perspektivisch die Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Um dies zu gewährleisten, endet die vertragsärztliche Zulassung mit Ablauf des Befristungszeitraumes (§ 95 Absatz 7) und in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen findet kein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 Satz 1 statt. Um zu verhindern, dass der Ausschluss des Nachbesetzungsverfahrens durch einen vorzeitigen Zulassungsverzicht umgangen wird, bestimmt der neu in Satz 2 eingefügte zweite Halbsatz, dass ein Nachbesetzungsverfahren nicht stattfindet, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf des Befristungszeitraumes auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Neufassung des Satzes 5 enthält Ergänzungen, mit denen künftig bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte stärker als bisher berücksichtigt werden sollen.

Die Ziffern 1 bis 3 sowie Ziffer 6 entsprechen den bereits nach bisherigem Recht bei der Nachbesetzung zu berücksichtigenden Faktoren. Ziffer 5 ergänzt den Kreis der zu berücksichtigenden Familienangehörigen um eingetragene Lebenspartner und dient der Gleichstellung von eingetragenen Lebenspartnerschaften mit Ehen.

Ziffer 4 verpflichtet den Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung auch zu berücksichtigen, wenn eine Bewerberin oder ein Bewerber zuvor mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig war. Unerheblich ist dabei, ob es sich um eine freiberufliche vertragsärztliche Tätigkeit oder um eine Angestelltentätigkeit gehandelt hat. Durch diese Berücksichtigung einer vorherigen vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen soll ein Anreiz für Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden, sich gerade zu Beginn ihres Berufslebens für eine vertragsärztliche Tätigkeit in unterversorgten Regionen zu entscheiden. Durch die neu geschaffene Ziffer 4 werden die Chancen, zu einem späteren Zeitraum im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens eine Zulassung in einer attraktiveren Region zu erhalten, erhöht.

Die neue Ziffer 7 gibt dem Zulassungsausschuss über die berufliche Eignung zur Fortführung der ausgeschriebenen Arztpraxis hinaus die Möglichkeit, besondere Versorgungsgesichtspunkte bereits bei der Ausschreibung des Vertragsarztsitzes zu definieren und bei der Bewerberauswahl zu berücksichtigen, wer bereit ist, diese besonderen Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen. Hierbei kann es sich um die Bereitschaft handeln, neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz im überversorgten Planungsbereich in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein, oder um die Verpflichtung, bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe in einem bestimmten Umfang anzubieten.

Wie bisher enthält Satz 5 keine Rangfolge der im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens zu berücksichtigenden Faktoren, deren Gewichtung daher im pflichtgemäßen Ermessen des Zulassungsausschusses liegt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der neue Satz 7 dient der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit wegen Kindererziehung oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger unterbrochen haben, bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in gesperrten Planungsbereichen gegenüber Bewerberinnen und Bewerbern ohne Erziehungs- bzw. Pflegezeiten benachteiligt werden. Die zu berücksichtigende Dauer der ärztlichen Tätigkeit ist deshalb fiktiv um die Zeiträume zu verlängern, in denen eine ärztliche Tätigkeit wegen Erziehungs- oder Pflegeaufgaben vorübergehend nicht ausgeübt wurde.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zum neuen Absatz 4c.

Zu Doppelbuchstabe bb

Eine nach § 95 Absatz 9 Satz 1 genehmigte Anstellung kann künftig vom Zulassungsausschuss auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes in eine Zulassung umgewandelt werden (vgl. Ergänzung von § 95 um einen Absatz 9b und Erläuterung dort). Durch die Ergänzung in § 103 Absatz 4a wird § 95 Absatz 9b für entsprechend anwendbar erklärt. Hat demnach ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt tätig zu sein, kann die Angestelltenstelle zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden.

Zu Buchstabe c

Durch die entsprechende Anwendbarkeit von § 95 Absatz 9b kann die Angestelltenstelle auch dann zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung zurück umgewandelt werden, wenn ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet hat, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt tätig zu sein.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 4c

Um Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen und dadurch langfristig eine ausgewogenere räumliche Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu erreichen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem neuen Absatz 4c die Möglichkeit, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung ein Vorkaufsrecht auszuüben. Mit dem Kauf der Praxis wird die Nachbesetzung des Praxissitzes ausgeschlossen und damit die Zahl der Praxissitze in dem überversorgten Gebiet reduziert. Diese Option ergänzt die in § 105 Absatz 3 vorgesehene Möglichkeit, den freiwilligen Verzicht eines Vertragsarztes auf seine Zulassung finanziell zu fördern.

Satz 1 gibt der Kassenärztlichen Vereinigung ein nicht übertragbares gesetzliches Vorkaufsrecht im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 Satz 1. Dieses Vorkaufsrecht ist vorrangig gegenüber dem Vorkaufsrecht nach Absatz 4d. Gegenüber einem rechtsgeschäftlichen Vorkaufsrecht, das im Übrigen keinen Einfluss auf die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses über die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes hat, gilt der Vorrang des Vorkaufsrechts der Kassenärztlichen Vereinigung nur, wenn das rechtsgeschäftliche Vorkaufsrecht nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung vereinbart worden ist. Dann kann das rechtsgeschäftliche Vorkaufsrecht nur ausgeübt werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung von ihrem gesetzlichen Vorkaufsrecht keinen Gebrauch macht. Vor Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung vereinbarte Vorkaufsrechte gehen dem Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung vor.

Das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung entsteht, wenn der Zulassungsausschuss einen Nachfolger für den ausgeschriebenen Vertragsarztsitz ausgewählt hat. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ihr Vorkaufsrecht ausüben, wenn zwischen dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben (Verpflichteten) und dem Nachfolger ein Kaufvertrag über die Praxis zustande gekommen ist (§ 463 des Bürgerlichen Gesetzbuchs). Der Zulassungsausschuss hat die Kassenärztliche Vereinigung und den Verpflichteten nach Satz 5 vor Erteilung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an den Nachfolger über die getroffene Auswahlentscheidung zu unterrichten. Der Verpflichtete hat nach Satz 6 der Kassenärztlichen Vereinigung den Inhalt des mit dem Nachfolger geschlossenen Kaufvertrags mitzuteilen; dies entspricht der vergleichbaren Regelung in § 469 Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Dadurch wird sichergestellt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Kenntnis von den genauen Bedingungen des abgeschlossenen Vertrags erhält. Die Ausübung des Vorkaufsrechts steht im Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung. Über das allgemeine gesetzgeberische Ziel hinaus, den Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Vorkaufsrecht eine Handlungsoption zum Abbau von Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen zu eröffnen, sieht das Gesetz keine weiteren inhaltlichen Kriterien für die Ermessensentscheidung vor. Nach Satz 4 ist die Ausübung des Vorkaufsrechts allerdings ausgeschlossen, wenn der ausgewählte Nachfolger dem in Absatz 4 Satz 5 Ziffer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Durch diese Regelung wird dem familiären Interesse eines Verpflichteten an der Weitergabe der Arztpraxis an Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner Rechnung getragen. Darüber hinaus wird verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, mit denen der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war, durch eine

Ausübung des Vorkaufsrechts faktisch gezwungen werden, den Umfang und Zuschnitt ihrer vertragsärztlichen Praxis zu reduzieren.

Nach Satz 7 ist das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem ausscheidenden Vertragsarzt durch privatrechtsgestaltenden Verwaltungsakt innerhalb einer Frist von einem Monat auszuüben. Der Lauf dieser Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Kassenärztlichen Vereinigung sowohl die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses nach Satz 5 als auch der Inhalt des geschlossenen Kaufvertrags nach Satz 6 mitgeteilt worden ist. Maßgebend für den Beginn der Frist ist also der Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung. Die Wirkung des Vorkaufsrechts tritt ein, wenn der Verwaltungsakt, durch den das Vorkaufsrecht ausgeübt wird, unanfechtbar geworden ist. Da der Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung über die Ausübung des Vorkaufsrechts sowohl von dem Verpflichteten als auch von dem ausgewählten Nachfolger mit der Anfechtungsklage vor dem zuständigen Sozialgericht angefochten werden kann, wird der Bescheid über die Ausübung des Vorkaufsrechts auch dem Nachfolger bekanntzugeben sein.

Praxiskaufverträge werden häufig unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren eine vertragsärztliche Zulassung erhält. Übt die Kassenärztliche Vereinigung ihr Vorkaufsrecht aus, findet jedoch nach Satz 11 eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes nicht statt. Dadurch wäre der Eintritt des Vorkaufsfalles dauerhaft ausgeschlossen. Allein um sicherzustellen, dass bei Ausübung des Vorkaufsrechts ein wirksamer Kaufvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung zustande kommt, fingiert Satz 8 den Eintritt des Vorkaufsfalles. Zulassungsrechtliche Folgen sind an diese relative Fiktion nicht geknüpft.

Satz 9, stellt klar, dass §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuches im vorliegenden Zusammenhang entsprechend anzuwenden sind. Hinsichtlich des von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Kaufpreises gilt allerdings nach Satz 10 Absatz 4 Satz 8 entsprechend. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes werden danach bei Ausübung des Vorkaufsrechts in derselben Weise geschützt wie bei dem Verkauf der Praxis an einen Nachfolger im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach Absatz 4 Satz 1.

Durch Satz 11 wird klargestellt, dass eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes nach Ausübung des Vorkaufsrechts ausgeschlossen ist, da dies dem Zweck der Regelung – Abbau von Überversorgung – widersprechen würde.

Zu Absatz 4d

Die Sätze 1 und 2 entsprechen dem bisherigen Absatz 4a Sätze 2 und 3. Satz 1 wurde allerdings ein neuer Halbsatz angefügt, der bewirkt, dass medizinische Versorgungszentren, die im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 eine Praxis übernehmen und in der Weise weiterführen wollen, dass die vertragsärztliche Tätigkeit nicht in der Praxis, sondern in den Räumlichkeiten des medizinischen Versorgungszentrums ausgeübt wird, hierzu nur dann berechtigt sind, wenn dieser Verfahrensweise keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an die Vorschrift zur Verlegung eines Praxissitzes nach § 24 Ärzte-ZV und soll der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung dienen. Führt daher die Übernahme einer Praxis in ein medizinisches Versorgungszentrum zu Versorgungsproblemen am bisherigen Sitz der Praxis, stehen diese Versorgungsprobleme einer solchen Übernahme entgegen. Seitens des medizinischen Versorgungszentrums wäre in diesem Fall ggf. zu prüfen, ob am bisherigen Praxissitz eine Zweigpraxis eingerichtet wird.

Mit der in Satz 3 ff. getroffenen Regelung wird das Ziel verfolgt, die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit zu schützen und zu verhindern, dass im Nachbesetzungsverfahren Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die sich auf einem frei

werdenden Vertragsarztsitz niederlassen wollen, durch medizinische Versorgungszentren verdrängt werden, deren Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht mehrheitlich in der Hand von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten liegen, die in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Hintergrund ist die besonders in kapitalintensiven Bereichen der Medizin zu beobachtende Übernahme von Vertragsarztsitzen durch Kapitalgesellschaften, die die Voraussetzungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums durch den Ankauf eines Leistungserbringers, wie z.B. eines Pflegedienstes erfüllen (vgl. die Begründung zur Einfügung des § 95 Absatz 1a). Als besonders nachteilig ist diese Entwicklung zu beurteilen, wenn Vertragsarztsitze in überversorgten Gebieten, in denen freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, von Kapitalgesellschaften übernommen werden, deren Geschicke aufgrund der Mehrheitsverhältnisse nicht maßgeblich von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten beeinflusst werden können. Gemeinsam mit den in § 95a Absatz 1a geregelten Einschränkungen der Gründungsberechtigung tragen die Sätze 3 ff. dazu bei, die Verdrängung freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte durch solche Kapitalgesellschaften in überversorgten Planungsbereichen zu vermeiden.

Zur Erreichung der dargestellten Ziele erhalten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sowie Ärztinnen und Ärzte, die sich auf einen frei werdenden Sitz niederlassen wollen, für den Fall, dass im Rahmen der vom Zulassungsausschuss zu treffenden Auswahlentscheidung ein medizinisches Versorgungszentrum den Zuschlag erhält, bei dem die Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht mehrheitlich in der Hand von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten liegen, die in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, ein Vorkaufsrecht gegenüber diesem medizinischen Versorgungszentrum. Deshalb kann der Zulassungsausschuss dem ausgewählten medizinischen Versorgungszentrum zunächst noch keine Zulassung erteilen. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums steht vielmehr unter dem Vorbehalt, dass keiner der übrigen Bewerber von seinem Vorkaufsrecht Gebrauch macht. Aus dem Sinn der Regelung folgt, dass medizinische Versorgungszentren, die nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand sind und die auch nicht unter die Bestandsschutzregelung nach Satz 4 fallen, nicht ihrerseits ein Vorkaufsrecht ausüben können. Das Vorkaufsrecht nach Absatz 4d hat Vorrang gegenüber eventuell bestehenden rechtsgeschäftlichen Vorkaufsrechten, sofern diese nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung begründet worden sind. Mit der Ausübung des Vorkaufsrechts kommt gemäß § 464 Absatz 2 BGB ein Kaufvertrag über die Praxis unter den Bestimmungen zustande, die der Verpflichtete mit dem medizinischen Versorgungszentrum vereinbart hat.

Nach der Übergangsregelung in Satz 4 besteht das Vorkaufsrecht grundsätzlich nicht, wenn die Auswahlentscheidung zu Gunsten eines medizinischen Versorgungszentrums getroffen worden ist, das vor dem Inkrafttreten der Neuregelung bereits zugelassen war und damit unter die Bestandsschutzregelung nach § 95 Absatz 1a Satz 2 fällt. Allerdings soll die Übergangsregelung nicht medizinische Versorgungszentren begünstigen, die sich vor Inkrafttreten der Neuregelung mehrheitlich in vertragsärztlicher Hand befunden haben und in denen die Mehrheitsverhältnisse erst danach zu Ungunsten der Vertragsärzte verändert worden sind. Das Vorkaufsrecht anderer Bewerber ist zudem nachrangig gegenüber dem Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4c. Es besteht damit auch dann nicht, wenn die Kassenärztliche Vereinigung von Ihrem Vorkaufsrecht Gebrauch macht.

Die Sätze 6 bis 14 regeln das Verfahren bezogen auf die Ausübung des Vorkaufsrechts. Der Zulassungsausschuss hat gleichzeitig mit der Auswahlentscheidung für das MVZ den vorrangig vorkaufsberechtigten Mitbewerber auszuwählen, dem auch die Zulassung zur Fortführung der Praxis erteilt wird, wenn er sein Vorkaufsrecht ausübt und dadurch in den Praxiskaufvertrag eintritt. Für die Auswahl des vorkaufsberechtigten Arztes gelten nach Satz 7 dieselben Auswahlkriterien, wie für die Auswahl des Praxisnachfolgers durch den Zulassungsausschuss. Die Auswahlentscheidung zugunsten des medizinischen Versorgungszentrums und die Auswahlentscheidung zugunsten des vorkaufsberechtigten Arztes sind allen Mitbewerbern und dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfü-

stelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

Zu Nummer 41 (§ 112)

Durch die Änderung des § 39 wird klargestellt, dass das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt Teil der Krankenhausbehandlung ist. Die Vertragspartner nach Absatz 1 erhalten die Aufgabe, die Einzelheiten des Entlassmanagements in zweiseitigen Verträgen zu konkretisieren.

Zu Nummer 42 (§ 116)

Zu Buchstabe a und b

Nach § 116 hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wird diese Möglichkeit zum einen auf Ärztinnen und Ärzte erweitert, die in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung tätig sind, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht. Zum anderen wird sie auf Ärztinnen und Ärzte erweitert, die gemäß § 119b Satz 3 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung ermächtigt sind. An der bereits nach geltendem Recht bestehenden Voraussetzung, dass eine Ärztin und ein Arzt, der nach § 116 ermächtigt wird, über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen muss, wird festgehalten. Dies gilt auch für die Voraussetzung, dass eine Ermächtigung nur möglich ist, wenn der Träger der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, seine Zustimmung hierzu erteilt.

Zu Nummer 43 (§ 116a)

§ 116a sieht derzeit nur im Falle einer vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellten ärztlichen Unterversorgung die Möglichkeit vor, ein zugelassenes Krankenhaus durch den Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Diese Möglichkeit wird zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung auf Fälle erweitert, in denen der Landesausschuss festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

Zu Nummer 44 (§ 116b)

Zu Absatz 1

Mit der Entwicklung des medizinischen Fortschritts hat das Erfordernis der ärztlichen und pflegerischen Interdisziplinarität bei Diagnostik und Therapie einer Vielzahl von Erkrankungen zugenommen. Auch die Multimorbidität stellt zunehmend – nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem steigenden Lebensalter – eine Herausforderung dar, die oftmals nicht mehr innerhalb der Fachgebiete einzelner Fachärzte angegangen werden kann oder die die Zusammenarbeit verschiedener Professionen erfordert. Die qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder erfordern Expertise von Spezialisten bzw. spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattungen. Zudem kann es medizinisch auch sinnvoll sein, nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine dort stationär begonnene komplexe Behandlung ambulant – unter Wahrung der Behandlungskontinuität – weiterzuführen. Diese Entwicklung wirkt sich nicht nur auf die Krankenhausversorgung, sondern auch auf die ambulante Versorgung aus. Sie erhöht insbesondere die Anforderungen an

interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich und bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich mit sich. Inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen.

Die strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung (vertragsärztliche Versorgung – Krankenhausversorgung) wird dieser Entwicklung nicht mehr hinreichend gerecht und soll daher durch die Einführung eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung überwunden werden.

Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst nach Satz 1 die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, wenn sie je nach Krankheit die nachfolgenden Anforderungen erfüllen:

- Es sind besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen,
- es ist ein interdisziplinäres Team vorzuhalten und
- es sind besonders hohe Anforderungen an die Strukturqualität (aufwändige organisatorische, bauliche, apparativtechnische oder hygienische Anforderungen) zu stellen.

Durch die Formulierung "je nach Krankheit" wird klargestellt, dass es bei bestimmten Krankheiten, wie insbesondere den seltenen Erkrankungen, für die Zugehörigkeit zum Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist, dass für deren Diagnostik oder Behandlung alle drei der genannten Anforderungen gemeinsam erfüllt sein müssen. Der Bedarf nach einer besonderen Expertise des Behandlers bei der Diagnostik oder Therapie begründet für die seltenen Erkrankungen bereits die Zugehörigkeit zum Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Diese Vorgaben des Satzes 1 sind auch für die konkrete Bestimmung des Leistungsumfangs und dessen Fortentwicklung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss von Bedeutung.

Der in Satz 2 bestimmte Leistungsumfang des ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst das bisherige Spektrum des § 116b SGB V, d.h. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen, einschließlich der Krankheiten, für die der G-BA in seiner Richtlinie die Anwendung des § 116b SGB V erweitert hat. Zudem werden Teilbereiche ambulanter Operationen und stationersetzende Leistungen (nach § 115b SGB V) einbezogen, sofern diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß seinem Auftrag nach Absatz 5 dem Bereich der spezialärztlichen Versorgung zugeordnet, konkretisiert und entsprechend Absatz 3 näher ausgestaltet werden. Die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe haben den Kriterien der spezialärztlichen Versorgung nach Satz 1 zu entsprechen (etwa hinsichtlich der Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs oder unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patienten – wie z.B. Ältere mit komplexem Krankheitsbild und Begleiterkrankungen und/oder Komplikationsrisiken). Das schließt eher komplexere Eingriffe ein, die eine hohe Expertise, interdisziplinäre Kooperation (z.B. Anästhesie, Labormedizin, Radiologie, Histologie, Pathologie, Notfallmanagement) oder auch eine sorgfältige und umfassende Nachsorge erfordern. Beispielhaft zu nennen wären hierfür solche Bereiche wie Operationen am Rückenmark, bestimmte Nasenoperationen, Implantation (bzw. Entfernung, Wechsel, Korrektur) von einem Herzschrittmacher oder Defibrillator, Koronarangiographien, schwierige Operationen an Blutgefäßen, Entfernung von Lymphknoten und Lymphgefäßen, komplexe endoskopische Operationen, Inzisionen am Knochen, spezifische Handchirurgie, geschlossene und offene Repositionen von Frakturen, etc.). Hingegen fallen nicht automatisch alle gegenwärtig im Katalog zum ambulanten Operieren gelisteten Eingriffe ohne Weiteres hierunter (z.B. nicht vergleichsweise "einfache" Eingriffe wie z.B. Entfernung von Knochensynthesemate-

rial wie Draht, Klammern, kleinflächige Hauttransplantationen, einfache Katarakt-Operationen).

Durch Satz 3 wird klargestellt, dass hinsichtlich der im neuen Versorgungsbereich angewendeten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden diese Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein können, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Da in dem neuen sektorenverbindenden Versorgungsbereich hohe Anforderungen an die Qualifikation, Expertise, Interdisziplinarität und Kooperation gestellt sind sowie die Leistungserbringung unter festgelegten Qualitätskriterien erfolgt, können neben den Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, auch solche ambulant erbringbaren Methoden Gegenstand des Leistungsumfangs sein, die gemäß § 137c SGB V im stationären Bereich erbracht werden können. Insoweit gilt die Regelungskonstruktion des stationären Bereiches hinsichtlich der "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" – soweit es sich um ambulant erbringbare Methoden handelt – auch für den neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich.

Zu Absatz 2

Der Zugang zur Leistungserbringung im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung wird für die jeweiligen spezialärztlichen Leistungen für die in Betracht kommenden Leistungserbringer (insbesondere Vertragsärzte, MVZ's, Krankenhäuser und Praxis-Kliniken) über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen eröffnet. Die jeweiligen Anforderungen (sächliche und personelle Voraussetzungen für die Leistungserbringung) sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen. Leistungserbringer, die die leistungs- bzw. indikationsspezifisch durch den G-BA festgelegten Anforderungen erfüllen, sind grundsätzlich zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt. Der Zugang setzt aber eine Anzeige gegenüber dem jeweiligen Land mit Belegen über die Teilnahmeberechtigung voraus. Nach Satz 3 wird den zuständigen Landesbehörden das Recht eingeräumt, innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige zu überprüfen, ob die konkreten Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung vorliegen; sofern die Landesbehörde dem anzeigenden Leistungserbringer nicht innerhalb dieser Frist mitteilt, dass er die Voraussetzungen für die Erbringung der angezeigten spezialärztlichen Leistungen nicht erfüllt, ist dieser mit Ablauf der Frist zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt (Satz 3). Die Meldepflichten nach Satz 4 dienen der notwendigen Transparenz über die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. So benötigen z.B. die Krankenkassen entsprechende Informationen, weil die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 6 unmittelbar mit ihnen abgerechnet werden.

Entsprechend dem bisherigen Bestimmungsverfahren nach § 116b Abs. 2 a.F wird für die ambulante spezialärztliche Versorgung keine Bedarfsplanung eingeführt. Eine Planung, die eine konkrete Bestimmung des jeweiligen Bedarfs an spezialärztlichen Leistungserbringern für jede einzelne der gelisteten Krankheiten und Leistungen erfordern würde, ist für den Leistungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung aufgrund des Aufwandes nicht praktikabel.

Zu Absatz 3

Wie nach bisheriger Rechtslage erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in einer Richtlinie den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung näher auszugestalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat – wie nach bisheriger Rechtslage und aufbauend auf den bereits in seiner Richtlinie nach § 116b SGB V getroffenen Regelungen – die Erkrankungen gemäß ICD-Codierung oder mittels weiterer von ihm zu beschreibender Merkmale zu konkretisieren sowie den Behandlungsumfang zu bestimmen. Ferner sind in der Richtlinie auch die notwendigen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen persönlicher und sächlicher Art an die Leistungserbringung im Rahmen

der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für alle Leistungserbringer einheitlich festzulegen. Die Anforderungen betreffen insbesondere die fachliche Qualifikation unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnungen, die Strukturqualität, organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienischen Anforderungen, Anforderungen an das interdisziplinäre Team, einschließlich Notfallsituationen und besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Zudem trifft der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 3 in der Richtlinie Regelungen zu Überweisungserfordernissen für den spezialärztlichen Versorgungsbereich. Insbesondere bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen kann sich der besondere Krankheitsverlauf sowohl durch die Krankheit selbst (z.B. bestimmte Formen, Stadien oder Phasen) als auch durch die Merkmale der Patienten im individuellen Fall (z.B. Begleiterkrankungen, Komplikationen) ergeben. Diese allein medizinisch entscheidbare Beurteilung im individuellen Fall verbleibt bei den jeweils behandelnden Ärzten, die die Patienten in die ambulante spezialärztliche Versorgung überweisen. Dadurch wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, wenig komplexe Krankheiten, die keiner spezialärztlichen Versorgung bedürfen, nicht zu diesem neuen Versorgungsbereich gehören.

Das Überweisungserfordernis wird vom G-BA indikationsspezifisch festgelegt und ausgestaltet. Hierbei kann der G-BA – soweit aus fachlicher Sicht sinnvoll und hinreichend abstrakt möglich – (nicht abschließende) Empfehlungen als Entscheidungshilfe für die behandelnden Ärzte abgeben, bei welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit insbesondere bzw. in der Regel von einem besonderen Krankheitsverlauf einschließlich der erforderlichen Diagnostik auszugehen ist (Satz 5). Zudem kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 6 in seiner Richtlinie für die Versorgung der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Abstimmung der Versorgung zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich fördern (Kooperationsvereinbarungen). Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierfür medizinische oder andere Kriterien zur Versorgungsabstimmung und inhaltlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit vorgeben, damit eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den Leistungserbringern, die auch die Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten ermöglicht, gefördert wird. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss solche Regelungen für Kooperationsvereinbarungen zu treffen (Satz 7). Die Beteiligten haben die Regelungen in Verträgen umzusetzen. Kooperationsverträge nach Satz 6 und 7 sind nach Absatz 2 Satz 2 Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung. Die Kooperationsvereinbarungen sollen dem sektorenübergreifenden Ansatz der ambulanten spezialärztlichen Versorgung Rechnung tragen. Kooperationsverträge sind deshalb zwischen Krankenhäusern auf der einen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern auf der anderen Seite abzuschließen. Vereinbarungen zur Kooperation, die z.B. nur zwischen Krankenhäusern oder nur zwischen Vertragsärzten geschlossen werden, stellen keine Kooperation im Sinne von Satz 6 und 7 dar.

Der Zugang der Patienten zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt somit durch Überweisung des behandelnden Vertragsarztes, durch Direktbehandlung des Facharztes der spezialärztlichen Versorgung und durch Überweisung des behandelnden Krankenhausarztes (als hausinterne Überweisung). Im letzteren Fall erfolgt im Versorgungsbereich der Onkologie die Überweisung auf der Grundlage der abzuschließenden Kooperationsvereinbarung. Verpflichtende Kooperationsvereinbarungen werden dabei auf diejenigen Krankheiten als Zugangsvoraussetzung beschränkt, bei denen (wie z.B. in der Onkologie) in der Folge einer stationären Behandlung der Patientenzugang regelmäßig unmittelbar in die ambulante spezialärztliche Versorgung des Krankenhauses erfolgt und damit insoweit einem bestehenden strukturellen Nachteil der übrigen Leistungserbringer beim Patientenzugang in die ambulante spezialärztliche Versorgung begegnet werden kann.

Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, können entsprechende Leistungen nur als (voll- oder teilstationäre) Krankenhausbehandlung erbringen und abrechnen (insbesondere mit Ein-Tages-DRG's), wenn die Krankenhausbehandlung medizinisch erforderlich ist.

Zu Absatz 4

Aufbauend auf der bisherigen Richtlinie nach § 116b hat der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Antrag zu erweitern. Absatz 1 Satz 1 gilt auch hier, d.h. der Gemeinsame Bundesausschuss prüft, ob es sich um eine komplexe, schwer therapierbare Krankheit handelt, deren Diagnostik oder Behandlung eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit oder besondere Ausstattungen erfordern. Als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der in Satz 1 genannten Antragsberechtigten solche Erkrankungen in die Richtlinie zu dem Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 auf, die eines durchgängigen diagnostischen oder therapeutischen Versorgungskonzeptes bedürfen. Bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen folgt der Bedarf an spezialärztlicher Versorgung regelmäßig z.B. aus komplexen Verlaufsphasen der Erkrankung, die eines abgestimmten Versorgungskonzeptes bedürfen. Solche besonderen Verlaufsphasen können z.B. sein:

- Auftreten von (therapiebedingten) Komplikationen, und/oder schweren Therapie-Nebenwirkungen, die eine besondere/spezialisierte Überwachung erfordern,
- zusätzliche Begleit- und- Mehrfacherkrankungen (Ko- und Multimorbiditäten),
- Übergang in schwerere Krankheitsstadien, Krankheitsprogression, akute Verschlimmerungen, weitergehende Krankheitsmanifestationen, etwa in verschiedenen Organ-systemen.

Patienten benötigen jedoch nicht bei jeder Grunderkrankung (z.B. Krebs) sondern nur bei besonderen Krankheitsverläufen diese spezialärztliche Versorgung.

Als hochspezialisierte Leistungen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 kann der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der in Satz 1 genannten Antragsberechtigten solche Leistungen in die Richtlinie zu dem Katalog nach Absatz 1 Satz 2 aufnehmen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind sowie solche ambulant erbringbaren Methoden, die gemäß § 137c SGB V Bestandteil der stationären Versorgung sind und die die Kriterien nach Absatz 1 Satz 1 erfüllen.

Seltene Erkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines der Antragsberechtigten aufzunehmen, wenn sie einer spezialisierten Diagnostik oder Behandlung bedürfen. Der Aspekt der Spezialisierung spielt bei seltenen Erkrankungen (von denen auch insbesondere Kinder und Jugendliche betroffen sind) eine besondere Rolle. Insbesondere bei Patienten mit seltenen Erkrankungen dauert es heute noch viel zu lange (manchmal bis zu einigen Jahren) ehe ihre Krankheit diagnostiziert wird und damit adäquat behandelt werden kann. Dieser Bedarf nach einer besonderen Expertise begründet deshalb hier bereits die Aufnahme in den Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Auch im Rahmen der Ergänzungen nach diesem Absatz sind die Konkretisierungsanforderungen des Absatzes 3 zu beachten.

Zu Absatz 5

Nach Satz 1 obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch, in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 die ambulant durchführbaren Operationen und stationärer ersetzenden Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 zu benennen, zu konkretisieren und die spezifi-

schen inhaltlichen Anforderungen an deren Durchführung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung festzulegen, erstmals bis zum 31. Dezember 2012. Hierbei sind die Kriterien und Anforderungen, die für die nähere Konkretisierung und Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen gelten, entsprechend anzuwenden. Nach Satz 2 hat der Gemeinsame Bundesausschuss zudem danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einzubeziehen, sofern diese den Kriterien der spezialärztlichen Versorgung gemäß Absatz 1 Satz 1 entsprechen. Auch bei den Konkretisierungen und Erweiterungen nach diesem Absatz sind die Konkretisierungsanforderungen nach Absatz 3 zu beachten.

Zu Absatz 6

Mit den Regelungen wird gewährleistet, dass die Finanzierung der Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für alle Leistungserbringer einheitlich erfolgt.

In Satz 1 wird vorgesehen, dass alle Leistungserbringer in diesem Leistungsbereich unmittelbar mit der jeweils zuständigen Krankenkasse abrechnen. Damit rechnen auch die bisher an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die bisherigen vertragsärztlichen Leistungen, die mit dieser Vorschrift in den Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung fallen, nicht mehr mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Eine Finanzierung dieser Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgt somit nicht mehr. Dies gilt nicht für Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.

Nach Satz 2 erhält die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene in einer dreiseitigen Konstellation, die analog der Vereinbarung zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b Absatz 1 aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengesetzt ist, den Auftrag, eigenständige, nach Diagnosen differenzierte Gebührenpositionen und ein diesbezügliches Kalkulationssystem für die ambulante spezialärztliche Versorgung zu entwickeln. Für eine dauerhafte Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind die aktuellen Gebührenpositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) zu prozedurenlastig, zu wenig diagnosebezogen und zu arztgruppenspezifisch. Darüber hinaus bildet der EBM die Sachkosten sowie die teamorientierte Fallbehandlung, wie sie für die ambulante spezialärztliche Versorgung (einschließlich nichtärztlicher Leistungsanteile) typisch ist, nicht ab. Die Vergütung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sollte so ausgestaltet sein, dass das ambulante Potential möglichst weitgehend ausgeschöpft werden kann. Für die Kalkulation entsprechender Gebührenpositionen haben die Vertragspartner jeweils einen Kalkulationszeitraum nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu vereinbaren.

In Satz 3 wird bestimmt, dass die Kalkulation auf betriebswirtschaftlich-empirischer Grundlage (ambulante Ist-Kostendaten und ambulante Ist-Leistungsdaten) ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter weiterer Berücksichtigung der zuzurechnenden ambulanten Sachkosten sowie der ambulanten nicht-ärztlichen Leistungen (im Sinne einer Vollkostenkalkulation) gemäß den sachlichen und personellen Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt. Zudem sind bei der Kalkulation die Investitionsbedingungen der Leistungserbringer sachgerecht zu berücksichtigen. Es wird davon ausgegangen, dass die Festlegung der Einzelheiten einschließlich der hierfür erforderlichen Datengrundlagen Gegenstand der Vereinbarung nach Satz 2 über das Kalkulationssystem der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ist. Die Bereitstellung eines Teils der erforderlichen Daten kann unmittelbar durch die Leistungserbringer selbst bzw. ihre Körperschaften (wie z.B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung) erfolgen. So

erhebt z.B. das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung regelmäßig Kostendaten von einzelnen Arztpraxen. Zudem führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelmäßig Abrechnungs- und Leistungsdaten, einschließlich der Diagnosen der behandelten Patienten, von allen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnenden Leistungserbringern zusammen und wertet diese für Zwecke der Vergütungsverhandlungen aus. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Erfahrungen im Umgang mit der Kalkulation von quartalsbezogenen Grund- und Zusatzpauschalen auf der Grundlage des sogenannten Standardbewertungssystems für die Leistungsbewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, welches als Vollkostenkalkulationsmodell nach betriebswirtschaftlichen Prinzipien ausgestaltet ist. Die Festlegung eines Kalkulationssystems einschließlich betriebswirtschaftlich fundierter Bewertungsrelationen der einzelnen Gebührenpositionen des spezialärztlichen Versorgungssektors zueinander soll die Angemessenheit und Stimmigkeit der Kalkulationsergebnisse insgesamt gewährleisten.

Die Regelungen in Satz 4 tragen dem Umstand Rechnung, dass speziell bei seltenen Erkrankungen die Phase der Diagnostik anders bewertet werden sollte, als die Phase der Behandlung, weil hier die Absicherung einer bestehenden behandlungsbedürftigen seltenen Erkrankung oftmals eine längere Zeit und vielfältige Untersuchungen voraussetzen und die bei der Gebührengestaltung berücksichtigt werden sollen.

Die Regelungen in Satz 5 ermöglichen der gemeinsamen Selbstverwaltung auch die Kalkulationsarbeiten professionell durch einen unabhängigen Dritten, z.B. das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) oder das Institut des Bewertungsausschusses, vorbereiten zu lassen und anschließend von der Selbstverwaltung zu vereinbaren. Bei diesem Vorgehen wird die gemeinsame Selbstverwaltung auf die Einhaltung der von ihr gesetzten Fristen achten.

Satz 6 verpflichtet die gemeinsame Selbstverwaltung – analog der Regelungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Absatz 2 Satz 2 –, die Gebührenpositionen regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls an zwischenzeitlich geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.

In Satz 7 wird für die zu vereinbarende Vergütungssystematik eine Konfliktregelung vorgesehen, für die ein eigenständiges Schiedsverfahren auf Antrag im Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 vorgesehen wird. In diesem Verfahren stehen sich die Vertreter der Kassenseite einerseits und der Leistungserbringenseite (Ärzte, Krankenhäuser) andererseits gleichberechtigt und damit auch mit identischer Stimmenzahl gegenüber. Die Entscheidung wird mit der einfachen Mehrheit der Stimmen des so erweiterten Bundesschiedsamts getroffen. Vorgesehen ist ferner, dass dessen Entscheidungen von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt oder auch jederzeit durch einen Vertrag ersetzt werden können.

Nach Satz 8 wird in der Phase der Entwicklung einer eigenständigen Vergütungssystematik – wie bisher bereits beim Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b Absatz 4 sowie bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach dem bisherigen § 116b praktiziert – die Vergütung über den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) auf der Grundlage der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung angewendet. Bei dieser Übergangsregelung zur Vergütung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen werden die spezifischen Investitionsbedingungen insoweit ebenso berücksichtigt, indem eine Kürzung der Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag in Höhe von 5 % vorgesehen wird. Zwar dient die Krankenhausinvestitionsförderung der Länder ausschließlich der Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung und dementsprechend dürfen die Fördermittel der Länder auch nur für Investitionen im stationären Krankenhausbereich verwendet werden. Eine gezielte Investitionsförderung der Förderung für die ambulante spezialärztliche Tätigkeit von Krankenhäusern ist danach ausgeschlossen. Allerdings kann es in tatsächlicher Hinsicht nicht unberücksichtigt bleiben, dass die vorhandene, mit öffentlichen Mitteln geförderte statio-

näre Infrastruktur von Krankenhäusern einen Wettbewerbsvorteil von Krankenhäusern gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer begründen kann. Deshalb wird zur Wahrung gleicher Wettbewerbschancen von öffentlich geförderten Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern ein pauschaler Investitionskostenabschlag verankert. Eine entsprechende Regelung existiert bereits in Bezug auf die Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen (vgl. § 120 Abs. 2 Satz 5). Die gegenüber § 120 Abs. 2 Satz 5 abgesenkte Höhe des pauschalen Abschlags trägt auch dem - gegenüber der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser - abweichenden Investitionskostenfinanzierungssystem der Hochschulkliniken durch die Länder Rechnung.

Die Regelung in Satz 9 trägt dem Umstand Rechnung, dass der geltende EBM nicht für alle ambulanten spezialärztlichen Leistungen adäquate Gebührenpositionen vorsieht, und es insoweit erforderlich ist, den EBM durch Beschlüsse des für diese Fälle ergänzten Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses entsprechend zu ergänzen, z.B. durch einen Zuschlag. Das Beschlussverfahren ist in § 87 Absatz 5a neu geregelt. Bei der Ergänzung des EBM soll die Bewertung analoger Leistungs- und Kostenbereiche durch die für die jeweilige Indikation (ICD-10-GM) und Leistung zutreffende G-DRG-Pauschale berücksichtigt werden.

Die Regelung in Satz 10 entspricht weitgehend dem bisherigen Recht bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sowie dem Ambulanten Operieren im Krankenhaus ergänzt um die Möglichkeit der Krankenkassen diese Aufgaben in einer Arbeitsgemeinschaft in Analogie zur Regelung in § 303 Absatz 2 zu erledigen, da die damit verbundenen komplexen Sachverhalte ggf. eine gemeinschaftliche Ressourcenbündelung erfordern.

Die Regelung in Satz 11 sieht vor, dass die Datenübermittlung bei der Abrechnung dem Verfahren nach dem bisherigen Recht folgt, das für die ambulanten Leistungserbringer gilt, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen unmittelbar abrechnen. Eine entsprechende Regelung sieht das bisherige Recht z.B. für Hochschulambulanzen vor (vgl. § 120 Absatz 3 Satz 3).

Die Regelungen in Satz 12 sehen in Analogie von Vorgaben des bisherigen Rechts (vgl. § 120 Absatz 3 Satz 4) Vertragslösungen zur Datenübermittlung für Abrechnungszwecke ergänzt um die Konfliktlösung des Satzes 7 vor.

Die Regelung in Satz 13 sieht in Analogie zur in § 120 Absatz 2 Satz 6 vorgesehenen Bereinigungsvorgabe zur Vermeidung einer möglichen Doppelfinanzierung die Verpflichtung der zuständigen Gesamtvertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vor, den für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen relevanten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf um die Leistungsanteile zu bereinigen, die nach den Vorgaben dieser Vorschrift nicht mehr von den Vertragsärzten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sondern unmittelbar mit den Krankenkassen.

Zu Absatz 7

Die Verordnung von Leistungen in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt zu Lasten der Krankenkassen. Diese erhalten die Möglichkeit, die medizinische Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnungen zu prüfen. Die bisher geltende Vorschrift des § 116b Absatz 6 zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen bei ambulanter Krankenhausbehandlung wird daher übernommen für die Neuregelung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstelle nach § 106 Absatz 4 SGB V und den für sie geltenden Bestimmungen erfolgt. Somit kann die Prüfung durch etablierte Einrichtungen erfolgen. Die Bildung neuer Verwaltungseinrichtungen ist nicht erforderlich. Die einzelne Krankenkasse kann mit Leistungserbringern in der spezialärztlichen Versorgung hiervon abweichende Regelungen

vereinbaren. Die Kosten des Verfahrens trägt die Krankenkasse, da es sich nicht um Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung handelt.

Zu Absatz 8

Die Regelung sichert im Hinblick auf die für die weitere Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung erforderliche Zeit die Fortführung der bisherigen Versorgung nach § 116b über das Inkrafttreten der Neuregelung hinaus. Es soll damit vermieden werden, dass Versorgungslücken entstehen. Deshalb sollen die von den Ländern noch nach altem Recht vorgenommenen Bestimmungen von Krankenhäusern als zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bzw. zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen berechtigt – bei Fortbestehen der Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurden - auch über das Inkrafttreten der Neuregelung hinaus weiter gelten, bis sie im Zuge der Umsetzung des neuen Rechts aufgehoben werden können. Zeitlicher Anknüpfungspunkt ist insoweit das Inkrafttreten entsprechender Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3 Satz 1 zur Konkretisierung der Erkrankungen und Leistungen und näheren Ausgestaltung des Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Auch danach bedarf es noch einer weiteren Übergangsfrist von jeweils einem Jahr, um Krankenhäusern, die in Bezug auf bestimmte Erkrankungen oder Leistungen sowohl die Voraussetzungen für die ambulante Behandlung nach § 116b Abs. 2 a.F. als auch die Voraussetzungen für die ambulante spezialärztliche Versorgung erfüllen, bei der Fortführung der Versorgung einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen. Solange sich im Einzelfall die Fortführung der Versorgung noch auf altes Recht gründet, soll auch die Vergütung der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen noch nach altem Recht (§ 116b Abs. 5 a.F.) erfolgen.

Zu Nummer 45 (§ 127)

Die vorgesehenen Rahmenempfehlungen dienen dem Bürokratieabbau. Sie betreffen die Modalitäten der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln und sollen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung insbesondere der administrativen Verfahren, einschließlich der erforderlichen Unterlagen, Formulare, Erklärungen und Bestätigungen, und zur Vermeidung unvertretbarer Verzögerungen beitragen. Zukünftig können in den Empfehlungen (statt in den allein vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 festzulegenden Richtlinien) auch Regelungen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und die Voraussetzungen und das Verfahren der Teilnahme an einer Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung getroffen werden. Dies betrifft zum Beispiel die Frage, ob in bestimmten Fällen neben der EDV-Abrechnung weitere Unterlagen zu übermitteln sind. Ein sinnvoller Leistungs- und Preiswettbewerb soll hierdurch im Übrigen nicht verhindert werden. Damit das damit angestrebte Ziel erreicht wird, müssen die Rahmenempfehlungen für die Versorgungsverträge nach den Absätzen 1, 2 und 3 maßgeblich sein.

Zu Nummer 46 (§ 128)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung soll verhindert werden, dass Vertragsärztinnen und –ärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich umgehen. Unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs wird klargestellt, dass auch Einkünfte aus solchen Beteiligungen unzulässige Zuwendungen sind, wenn deren Höhe durch das Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten von den Vertragsärztinnen und –ärzten selbst maßgeblich beeinflusst werden kann.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung korrespondiert mit dem neuen Absatz 5a und soll sicherstellen, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen von Hinweisen auf Fehlverhalten ihrer Mitglieder Kenntnis erhalten und geeignete Maßnahmen zur Abstellung etwaiger Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten treffen können.

Zu Buchstabe c

Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen durch Vertragsärztinnen und –ärzte einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellt. Gleiches gilt für die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, diese zum Verzicht auf die ihnen zustehende Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung zu bewegen, die dann nicht den Beschränkungen des § 128 unterliegt. (Absatz 5a neu)

Die Ausdehnung des Zuwendungsverbotes und der damit im Zusammenhang stehenden Regelungen auf die Heilmittelversorgung ist geboten, weil auch dort entsprechende Fehlentwicklungen beklagt werden. (Absatz 5b neu).

Zu Buchstaben d

Folgeänderung zur Neufassung des § 116b.

Zu Nummer 47 (§ 130a)

Bei der Anpassung der Verweisung handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 137g Absatz 1.

Zu Nummer 48 (§ 130b)

Mit der gesetzlichen Regelung zur Vertraulichkeit unterliegen die Verhandlungen sowie deren Vorbereitung und die daraus jeweils entstehenden Informationen einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften einer besonderen Vertraulichkeitspflicht im Sinne des § 3 Nr. 4 IFG. Dadurch wird sichergestellt, dass zwar das Ergebnis der Verhandlungen öffentlich ist, die Verhandlungen über den Erstattungsbetrag, die Entscheidungen der Schiedsstelle und die Verhandlungen über die Rahmenvereinbarung selbst jedoch einer umfassenden Vertraulichkeit unterliegen. Dies gilt sowohl während der Verhandlungsphase als auch zu späteren Zeitpunkten und ist für die erfolgreiche Umsetzung des durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz neu eingeführten Verhandlungsverfahrens entscheidend. Denn die Vertragspartner müssen sich darauf verlassen können, dass die Verhandlungen im geschützten Raum stattfinden. Während der Verhandlungen müssen verschiedene Positionen und Tatsachen vorgebracht werden, die z.B. auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse umfassen können. Es muss daher sichergestellt sein, dass diese vertraulich bleiben. Die Vertraulichkeit muss durch das Gesetz bestimmt werden und kann nicht in der Dispositionsbefugnis der Parteien liegen. Ansonsten würde die Gefahr bestehen, dass ein Vertragspartner die Vereinbarung einer umfassenden Vertraulichkeitsklausel verhindern könnte.

Zu Nummer 49 (§ 133)

Die Regelung soll insbesondere zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der administrativen Verfahren bei der Versorgung mit Krankentransportleistungen und zur Vermeidung von Schwierigkeiten bei der Abrechnung beitragen. Landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen über Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte bleiben unberührt.

Zu Nummer 50 (§ 134a)

Nach geltendem Recht haben die Vertragspartner in den Verträgen zur Hebammenhilfe bei den zu vereinbarenden Vergütungen neben der Beitragssatzstabilität § 71 auch die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Hebammen zu berücksichtigen. Mit dem angefügten Satz wird ausdrücklich klargestellt, dass dabei auch die die Berufsausübung betreffende Kostensteigerungen (z.B. Beitragserhöhungen zu den von den Hebammen abzuschließenden Berufshaftpflichtversicherungen) zu beachten sind.

Von den Vertragsparteien hat danach eine nachvollziehbare Abwägung zwischen den wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen und den Interessen der Versicherungsgemeinschaft zu erfolgen. Trotz vorgeschriebener Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität können dabei höhere Vergütungen vereinbart werden, wenn dies erforderlich ist, um den Hebammen eine angemessene Vergütung zu gewährleisten.

Zu Nummer 51 (§ 136)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung von § 87b und c (Buchstaben a) sowie zur Änderung von § 87 Absatz 2g (Buchstabe b).

Zu Nummer 52 (§ 137)

Die Notwendigkeit der Anpassung der Verweisung ergibt sich als redaktionelle Folgeänderung aus der Neufassung des § 116b.

Zu Nummer 53 (§ 137a)

Die Notwendigkeit der Anpassung der Verweisung ergibt sich als redaktionelle Folgeänderung aus der Neufassung des § 116b.

Zu Nummer 54 (§ 137c)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Vergangenheit nach erfolgter sektorenübergreifender Nutzenbewertung zunehmend gleichgeartete Beschlüsse für den ambulanten und stationären Bereich gefasst. Während negative Entscheidungen wegen des geltenden Verbots mit Erlaubnisvorbehalt in § 135 SGB V auf den status quo in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich keine Auswirkungen haben, bedeutet eine entsprechende Ausschlussentscheidung für den stationären Bereich, dass eine Methode, die zuvor wegen der nach § 137c SGB V geltenden Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt im Krankenhaus zur Verfügung gestanden hat, nun grundsätzlich nicht mehr allgemein zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zutreffend eine sektorenübergreifende Nutzenbewertung als Ausgangspunkt haben, berücksichtigen auf Grundlage des geltenden Rechts nicht hinreichend den besonderen Bedarf nach – bisher noch nicht auf hohem Niveau belegten – Behandlungsalternativen in der Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen und daher typischerweise schwerer erkrankten Versicherten.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung in Satz 2 bewirkt, dass der unmittelbare Ausschluss einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aus der Krankenhausversorgung grundsätzlich nur dann erfolgen kann, wenn nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Nutzen nicht hinreichend belegt ist und darüber hinaus die überprüfte Methode kein Potential als

erforderliche Behandlungsmethode in der stationären Versorgung bietet. Ein Potential für eine Erforderlichkeit kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Das notwendige Potential als Behandlungsalternative fehlt insbesondere dann, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Evidenz positiv feststellt, dass die Methode unwirksam oder gar schädlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Ist der Nutzen der überprüften Methode für eine positive Anerkennung nicht hinreichend belegt, weist sie aber das Potential als erforderliche Behandlungsalternative auf, so hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e zu beschließen. Das dem Gemeinsamen Bundesausschuss in § 137e Absatz 1 grundsätzlich eingeräumte Ermessen, ob er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt, besteht hier nach Satz 3 insoweit nicht, damit die notwendigen Erkenntnisse gewonnen werden. Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung gilt jedoch dann, wenn im Falle einer Methode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, die nach § 137e Absatz 6 erforderliche Vereinbarung zur Kostenübernahme von wirtschaftlich an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen interessierten Medizinprodukteherstellern oder sonstigen Unternehmen nicht zustande kommt.

Satz 4 sieht vor, dass das Beratungsverfahren auf Grundlage der Erkenntnisse einer durchgeführten Erprobung nach § 137e fortgesetzt wird und ein Ausschluss erfolgen kann, wenn die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht. Dies bedeutet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode – entsprechend der bisherigen Praxis und Rechtsprechung zu § 137c Absatz 1 Satz 1 – aus der Krankenhausversorgung ausschließen kann, wenn ihr Nutzen –unter Berücksichtigung der sektorspezifischen Notwendigkeit im Versorgungskontext – auch nach der Erprobung nicht hinreichend belegt ist. Für den Fall, dass eine Erprobung daran scheitert, dass eine angemessene Kostenübernahme von wirtschaftlich an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen interessierten Medizinprodukteherstellern oder sonstigen Unternehmen nicht zustande kommt, sieht Satz 5 vor, dass die Methode ebenfalls nach diesem Maßstab ausgeschlossen werden kann, also wenn ihr Nutzen nicht hinreichend belegt ist.

Zu Buchstabe b

Die Änderung in Absatz 2 Satz 2 folgt der Differenzierung in Absatz 1. Eine weitere Anwendung einer nach Absatz 1 Satz 2 ausgeschlossenen Methode, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses kein Potential als erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, kann zu Lasten der Krankenkassen auch im Rahmen von Studien nicht erfolgen. Das bloße Fehlen eines hinreichenden Nutzenbelegs und ein entsprechender Ausschluss nach Absatz 1 Satz 4 steht einer weiteren verantwortungsvollen Anwendung der Methode zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen von Studien demgegenüber nicht entgegen.

Zu Nummer 55 (§ 137d)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die neue Vorschrift des § 111c.

Zu Nummer 56 (§ 137e)

Für die Einführung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die gesetzliche Krankenversicherung gibt es unterschiedliche Wege: Für die ambulante Ver-

sorgung gilt das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (Aufnahme erst nach positiver Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses), während im Krankenhausbereich neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt und finanziert werden können, ohne dass vorher eine Anerkennung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlich ist. Dies bleibt auch zukünftig so. Die Finanzierung erfolgt hier über Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, wenn die Methode im DRG-System nach Feststellung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nicht abgebildet ist. Dies gilt aber nur solange eine Methode nicht auf Antrag eines Antragsberechtigten, wie z.B. des GKV-Spitzenverbandes, vom Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft und ausgeschlossen wird. Dies konnte bisher dazu führen, dass innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Deutschland nicht mehr in der GKV-Versorgung zur Verfügung stehen. Denn der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei noch unzureichendem Nutzenbeleg nach bisheriger Rechtslage zwar die Möglichkeit des Ausschlusses, aber keine wirksame Möglichkeit auf eine Beseitigung der unzureichenden Evidenzlage hinzuwirken. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss wird daher die Möglichkeit geschaffen, künftig innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens zu erproben. Damit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen (noch) nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Es wird erwartet, dass dieses Instrument auch zu einer wesentlichen Verkürzung der Beratungsverfahren im Bereich der Methodenbewertung führen wird, da es den Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss die Entscheidung im Falle eines noch nicht hinreichend belegten Nutzens erleichtert.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Wenn nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen eines Bewertungsverfahrens nach § 135 oder § 137c SGB V der Nutzen einer Behandlungsmethode mit Potential für eine allgemeine Anerkennungsentscheidung noch nicht hinreichend belegt ist, kann er sein Beratungsverfahren aussetzen und eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse zu gewinnen. Ein Potential für die Erforderlichkeit einer Behandlungsmethode kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann.

Das Nähere zum Verfahren hinsichtlich dieses neuen Instruments des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in der Verfahrensordnung geregelt. Von dieser Regelung bleibt die bereits bisher in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehene Möglichkeit einer Aussetzung von Bewertungsverfahren unberührt, wenn zu erwarten ist, dass auch ohne eine Richtlinie zur Erprobung in naher Zukunft aussagekräftige Studien vorgelegt werden können.

Zu Satz 2

Die Erprobung findet im Rahmen der Krankenbehandlung der Versicherten nach § 27 SGB V oder der Früherkennung nach §§ 25, 26 SGB V statt. Die Richtlinie des G-BA ist auf den Zeitraum zu befristen, der angemessen ist, um den notwendigen Erkenntnisgewinn zu erlangen. Insbesondere wenn sich nicht genug Leistungserbringer finden, welche an der Erprobung teilnehmen wollen oder die vorgesehene Erprobung aufgrund der Ablehnung von erforderlichen Genehmigungen nicht durchgeführt werden kann oder aufgrund erster Ergebnisse eine Fortführung der Erprobung nicht befürwortet werden kann,

kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch schon vor Ablauf der festgelegten Frist seinen Beschluss nach Absatz 1 ändern.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Richtlinie fest, für welche Indikationen die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und daher erprobt werden soll und regelt die jeweils erforderlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, um sicherzustellen, dass die Erprobung unter qualifizierten Bedingungen von fachlich geeigneten Ärzten und Einrichtungen durchgeführt wird.

Zu Satz 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt zudem Anforderungen an die Durchführung, wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung, die sich sowohl an die nach Absatz 5 zu beauftragende, wissenschaftliche Institution als auch die an der Erprobung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen richten. Er kann insbesondere Eckpunkte für die Studiendurchführung (u.a. zu Patientenpopulation, Vergleichstherapie, Endpunkten, Beobachtungszeitraum) festlegen. Hierbei hat er insbesondere sicherzustellen, dass sich die methodischen Anforderungen an die Studiendurchführung unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität als hinreichend praktikabel erweisen.

Zu Satz 3

Die Regelung stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss durch eine Richtlinie nach § 137 SGB V auch Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung für Krankenhäuser beschließen kann, die nicht an der Erprobung teilnehmen. Hierfür bedarf es keines separaten Beratungsverfahrens im Unterausschuss Qualitätssicherung, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss kann ebenso wie bisher bei Aussetzungsbeschlüssen nach dem 2. Kapitel, § 14 Absatz 4 seiner Verfahrensordnung die notwendigen Anforderungen der Qualitätssicherung im Unterausschuss Methodenbewertung beraten (unter Beachtung der besonderen Beteiligungsrechte nach § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Zu Absatz 3

Teilnehmen an der Erprobung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen sowie zugelassene Krankenhäuser, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen erfüllen, dies gegenüber der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 nachweisen und ihre Teilnahme erklären. Sie erhalten eine entsprechende Bestätigung über ihre Teilnahme. Erklären mehr geeignete Vertragsärzte und Krankenhäuser ihre Teilnahme an der Erprobung als für die Untersuchung des Nutzens der zu überprüfenden Methode nach dem Studienprotokoll und der Fallzahlplanung erforderlich ist, nimmt die wissenschaftliche unabhängige Institution eine Auswahl vor.

Nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser können die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Übrigen grundsätzlich weiterhin in der stationären Versorgung anwenden, da sie nicht nach § 137c SGB V ausgeschlossen ist. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss bleibt es gemäß Absatz 2 Satz 3 unbenommen die von ihm nach Absatz 2 Satz 1 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung innerhalb der Erprobung, durch eine Richtlinie nach § 137 SGB V auch auf die Leistungserbringung außerhalb der Erprobung zu übertragen, soweit diese Anforderungen nicht gerade aus der besonderen Behandlungssituation der Erprobung resultieren. Vertragsärzte, die nicht an der Erprobung teilnehmen, können die Methode wegen (noch) fehlenden, positiven Beschlusses des G-BA nach dem Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 SGB V nicht anwenden.

Zu Absatz 4

Zu Satz 1

Die Abrechnung der für die Behandlung der Versicherten erbrachten Leistungen erfolgt unmittelbar mit der Krankenkasse, bei der der behandelte Patient oder die behandelte Patientin versichert ist. Soweit die erprobte Methode maßgeblich auf der Anwendung eines Hilfsmittels beruht, werden auch die Kosten des verordneten Hilfsmittels von den Kassen getragen.

Zu den Sätzen 2 und 3

Die Vergütung für die von den teilnehmenden Krankenhäusern erbrachten voll- und teilstationären Leistungen erfolgt nach den allgemeinen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts. Soweit es sich um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne von § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz handelt, erfolgt die Vergütung über die Vereinbarung von sog. NUB-Entgelten. Sofern die an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser noch nicht entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen haben und es nicht innerhalb von 3 Monaten nach Beauftragung der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 zu einer Vereinbarung mit den Krankenkassen kommt, die sich auf den gesamten Erprobungszeitraum bezieht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 Krankenhausentgeltgesetz über die Vergütung. Die Krankenhäuser, deren Teilnahme an der Erprobung von der wissenschaftlichen Institution bestätigt ist, haben einen Anspruch darauf, dass die NUB-Vereinbarungen entsprechend kurzfristig zustande kommen, damit die Erprobung zeitnah starten kann.

Zu den Sätzen 4ff

Bei Methoden, die nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbringbar sind, vereinbaren die Vertragspartner der dreiseitigen Verträge auf Landesebene die Höhe der Vergütung für die ambulante Behandlung. Diese Zuständigkeitserweiterung der dreiseitigen Vertragspartner für die Vergütungsverhandlungen folgt daraus, dass die an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser die Behandlung im Rahmen der Erprobung auch ambulant erbringen und abrechnen dürfen. Es handelt sich bei der Erprobung innovativer, ambulant erbringbarer Methoden um einen Bereich ärztlicher Leistungen, zu dem entsprechend qualifizierte Vertragsärzte und Krankenhäuser als ambulante Leistungserbringer in gleicher Weise Zugang erhalten. Kommt eine Vergütungsvereinbarung nicht innerhalb von 3 Monaten nach Beauftragung der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die erweiterte Landesschiedsstelle festgelegt, welche innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden hat.

Zu Absatz 5

Zu Satz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt eine unabhängige, wissenschaftliche Institution mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung. Er kann sich bei der Ausschreibung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung eines externen Dienstleisters bedienen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss trägt die durch die Beauftragung entstehenden Kosten, so dass die Finanzierung der Overhead-Kosten der Erprobung wie z.B. Projektmanagement, Datenmanagement oder Monitoring über den Systemzuschlag nach § 139c SGB V erfolgt, soweit nicht ein Fall nach Absatz 6 vorliegt und die Kosten durch Hersteller von Medizinprodukten oder -geräten übernommen werden.

Zu den Sätzen 2 bis 4

Die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, den im Rahmen der Erprobung erforderlichen Mehraufwand zu leisten, also insbesondere die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte unabhängige, wissenschaftliche Institution zu übermitteln. Sofern für die Erprobung personenbezogene Daten der Versicherten benötigt werden, ist zuvor deren Einwilligung einzuholen. Für den zusätzlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Durchführung der Erprobung erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer von der beauftragten Institution eine angemessene Aufwandsentschädigung.

Zu Absatz 6

Bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist es erforderlich, dass sich Unternehmen, die als Hersteller dieser Medizinprodukte oder als sonstige Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, an den Overhead-Kosten der Erprobung nach Absatz 5 angemessen beteiligen. Eine Richtlinie zur Erprobung darf der Gemeinsame Bundesausschuss daher nur dann beschließen, wenn sich entsprechende Hersteller oder Unternehmen zuvor zur Übernahme der Kosten in angemessenem Umfang bereit erklärt haben. Die Unternehmen sollen daher im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens grundsätzlich an der Konzeption des Studiendesigns beteiligt werden. Ist den beteiligten Unternehmen eine volle Kostenübernahme nicht zumutbar, orientiert sich die Angemessenheit der Kostenbeteiligung insbesondere an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Unternehmen. Die Bereitschaft zur Kostenübernahme kann von den jeweiligen Unternehmen bereits im Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 7d (neu) gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss erklärt werden. Die zur Kostenübernahme bereiten Hersteller oder sonstigen Unternehmen vereinbaren mit der unabhängigen wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 das Nähere zur Übernahme der Kosten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt neben dem in Absatz 1 vorgesehenen Fall, wonach eine Erprobung vom G-BA im Rahmen eines von antragsberechtigter Stelle nach § 135 oder § 137c initiierten Methodenbewertungsverfahrens beschlossen werden kann, die weitere Möglichkeit, eine Erprobung auch außerhalb eines Beratungsverfahrens nach § 135 oder § 137c zu beschließen.

Zu Satz 1

Hersteller von Medizinprodukten, auf deren Einsatz die Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne von § 135 maßgeblich beruht, sowie Unternehmen, die als sonstige Anbieter einer neuen Methode im Sinne von § 135 ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, erhalten das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Entscheidung über eine Richtlinie zur Erprobung nach Absatz 1 zu beantragen.

Zu Satz 2

Da der Antrag auch außerhalb eines regulären Beratungsverfahrens im Sinne von § 135 oder § 137c gestellt werden kann, obliegt es dem Antragsteller dem Gemeinsamen Bundesausschuss die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, aus denen sich ergibt, dass der Nutzen der Methode zwar noch nicht belegt ist, sie aber hinreichendes Potential für eine Erprobung bietet.

Zu Satz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss innerhalb von 3 Monaten nach pflichtgemäßem Ermessen über den Antrag entscheiden. Ein Anspruch des Antragstellers auf eine

Erprobung nach Satz 1 besteht nicht. Will der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Unternehmens eine Richtlinie zur Erprobung nach Absatz 1 beschließen, setzt dieser Beschluss eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 voraus.

Zu Satz 4

Im Anschluss an eine nach Absatz 7 beantragte und vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Erprobung, trifft der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse eine Entscheidung im Bewertungsverfahren nach § 135. Für die Durchführung und den Abschluss des Bewertungsverfahrens nach § 135 bedarf es in diesem Fall keines Antrags eines Antragsberechtigten nach § 135 Absatz 1 Satz 1.

Den Antragsberechtigten nach § 137c Absatz 1 Satz 1 bleibt im Übrigen unbenommen auch eine Entscheidung in einem entsprechenden Bewertungsverfahren zu veranlassen.

Zu Absatz 8

Zu Satz 1

Hersteller von Medizinprodukten, auf deren Einsatz die Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne von § 135 maßgeblich beruht, sowie Unternehmen, die als sonstige Anbieter einer neuen Methode im Sinne von § 135 ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, erhalten zukünftig die Möglichkeit einer Beratung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese beinhaltet insbesondere Erläuterungen zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der GKV und zu den verfahrenstechnischen und methodischen Anforderungen an die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Berücksichtigung der betroffenen Patientenpopulation, der zweckmäßigen (angemessenen) Vergleichstherapie sowie der patientenrelevanten Endpunkte. Auch die Abgrenzung der Einführung von neuen Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung, die keine neue Methode darstellen, sondern ohne ein vorheriges Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss unmittelbar durch den Bewertungsausschuss eingeführt werden können, kann Gegenstand der Beratung sein.

Zu Satz 2

Die Kosten der Beratung hat das Unternehmen zu tragen, da es nicht sachgerecht wäre, mit diesen Kosten die Selbstverwaltung zu belasten. Die Kosten orientieren sich am tatsächlichen Personal- und Sachaufwand des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Beratung in seiner Verfahrensordnung.

Zu Nummer 57 (§ 137f)

Strukturierte Behandlungsprogramme zur besseren Versorgung von chronisch Kranken mit Vorgaben zum Krankheitsmanagement (Abstimmung zwischen Haus-, Fachärzten und Krankenhäusern, Rehabilitation und anderen Leistungserbringern), zur evidenzbasierten Behandlung auf der Grundlage von Leitlinien und der besten verfügbaren Evidenz, zur Patientenorientierung, zur Qualitätssicherung und zur Evaluation haben sich bewährt. Nach bisheriger Rechtslage hat der Gemeinsame Bundesausschuss aufgrund der gesetzlichen Vorgaben die medizinisch-inhaltlichen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme erarbeitet und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Festlegung in einer Rechtsverordnung empfohlen. Das Bundesversicherungsamt erteilt den Programmen der jeweiligen Krankenkassen die Zulassung, wenn sie diese Anforderungen erfüllen.

Um die Beteiligten zu entlasten, ist der administrative Regelungsaufwand für die Zulassung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach dem inzwischen

vorgenommenen Abbau der finanziellen Anreizwirkung über den RSA zurückzuführen. Dies wird im Wesentlichen durch folgende Maßnahmen erreicht:

Basierend auf den gesetzlichen Grundlagen zu den Anforderungen für die strukturierten Behandlungsprogramme wird die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Das bisher erforderliche, auf Grundlage der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses durchzuführende Rechtsverordnungsverfahren entfällt damit zukünftig. Die unmittelbare Regelung, insbesondere der medizinischen Vorgaben, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vereinfacht und flexibilisiert das Verfahren und beschleunigt die Umsetzung der Inhalte in der Versorgungspraxis. Lediglich administrative Vorgaben, die dem Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten (gemäß § 38 RSAV) dienen, sind weiterhin in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln.

Zudem entfällt zukünftig die Notwendigkeit einer Wiedenzulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt. Dies entlastet Krankenkassen und Bundesversicherungsamt von erheblichem Verwaltungsaufwand, der aufgrund der Etablierung der strukturierten Behandlungsprogramme in der Versorgung nicht mehr als erforderlich angesehen wird. Damit können auch wesentliche Vereinfachungen der Evaluation auf den Weg gebracht werden, deren Inhalte und Ziele zukünftig ebenfalls vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien geregelt werden. In Zukunft soll die Evaluation nicht mehr als Grundlage für eine verpflichtende Wiedenzulassungsprüfung nach § 137g Absatz 2 a.F. dienen, sondern stattdessen insbesondere die erforderlichen Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Behandlung in den Programmen liefern.

Ferner wird auf das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation verzichtet, welches aufgrund der inzwischen flächendeckend eingeführten verpflichtenden elektronischen Dokumentationsverfahren, die in die Praxisverwaltungssysteme integriert sind und eine gute Handhabung erlauben, entfallen kann. Dies führt zu einer Entlastung der koordinierenden Ärzte, indem die letzten papiergebundenen Verfahren (Versandliste) bei der Erstdokumentation entbehrlich werden und der entsprechende Verwaltungsaufwand damit beseitigt wird.

Insgesamt können durch die Neuregelung die – auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben – vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeiteten inhaltlichen Anforderungen zur evidenzbasierten und strukturierten Behandlung in den Programmen über die unmittelbare Regelung in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses schneller und flexibler in der Fläche implementiert werden.

Zu Buchstabe a

Die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Hierzu gehört auch die Festlegung, für welche geeigneten chronischen Krankheiten in Zukunft strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Die Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 zur Prüfung vorzulegen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme wird auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Die gesetzlichen Vor-

gaben zur evidenzbasierten und strukturierten Behandlung bleiben erhalten. Die unmittelbare Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vereinfacht und flexibilisiert das Verfahren und beschleunigt die Umsetzung der Inhalte in der Versorgungspraxis.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher bereits Empfehlungen abgegeben hat und die vom BMG in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Nummer 3 umgesetzt wurden, werden nun unmittelbar von ihm in Richtlinien geregelt. Diese sind dem BMG nach § 94 SGB V zur Prüfung vorzulegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nun unmittelbar in den Richtlinien die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme, insbesondere an die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (Nummer 1). Es wird davon ausgegangen, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufbauend auf den Vorgaben der bisherigen Rechtsverordnung auch diagnosebezogene Therapieziele beinhalten werden, auf die die Behandlung, soweit medizinisch sinnvoll und möglich, auf der Grundlage individueller und aktueller Zielvereinbarungen mit dem eingeschriebenen Versicherten auszurichten sein soll. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Vorgaben für eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung im Rahmen der Kooperation der Versorgungsebenen.

Weiterhin sind die Anforderungen an durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2 zu regeln (Nummer 2). Auch hier wird davon ausgegangen, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wie die bisherige Rechtsverordnung u.a. Anforderungen an Ziele und Maßnahmen der Qualitätssicherung festlegen werden, die von den Krankenkassen mit den beteiligten Leistungserbringern oder Versicherten zu vereinbaren sind. Hinzu kommen Vorgaben an die nach § 137f Absatz 4 Satz 2 für jedes volle Kalenderjahr vorzulegenden Berichte über die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen (Qualitätsberichte). Auch wird davon ausgegangen, dass – wie bisher – vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen wird, dass die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig zu veröffentlichen sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Richtlinie auch die Voraussetzungen für die Einschreibung von Versicherten in ein Programm zu regeln (Nummer 3). Dies betrifft insbesondere die Anforderungen an die Diagnosestellung und sonstige medizinische Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten an einem strukturierten Programm. Die administrativen Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschließlich der Dauer der Teilnahme sind demgegenüber aufgrund der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten (gemäß § 38 RSAV) weiterhin in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln. Diese Regelungen werden nach wie vor in § 28d der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung getroffen.

Nach Nummer 4 legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten fest, deren Durchführung von den Krankenkassen mit den beteiligten Leistungserbringern oder Dritten vereinbart werden. Das Bundesversicherungsamt prüft weiterhin im Rahmen der Zulassung nach § 137g Absatz 1, ob die vereinbarten Schulungen den Anforderungen entsprechen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt zudem insbesondere die medizinischen Anforderungen an die Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen (Nummer

5). Die administrativen Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten sind demgegenüber weiterhin in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln, da insbesondere diese Datenflüsse als strukturelle Vorgaben dem Verfahren der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten (gemäß § 38 RSAV) dienen. Diese Regelungen werden nach wie vor in § 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung getroffen.

Nach Nummer 6 hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch die Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der strukturierten Versorgung in den Programmen (Evaluation) zu regeln. Gegenüber den bisherigen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben zur Evaluation in § 137f a.F. sowie in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung a.F., wird die Ausrichtung der Evaluation der für die jeweilige Krankheit zugelassenen Programme flexibilisiert. Dies wird insbesondere dadurch möglich, dass die Evaluation in Zukunft nicht mehr als Grundlage für eine verpflichtende Wiederzulassungsprüfung nach § 137g Absatz 2 a.F. dient, sondern stattdessen insbesondere die erforderlichen Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Behandlung in den Programmen liefern soll. Daher entfällt auch die bisherige Aufgabe des Bundesversicherungsamts nach § 28g Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung a.F., durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind.

Diese Flexibilisierung ermöglicht es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Ziele, Inhalte und Verfahren der Evaluation eigenverantwortlich und gemäß den entsprechend seiner Einschätzung nötigen medizinischen Erfordernissen auszugestalten. Dabei kann er – aufbauend auf den inzwischen vorliegenden Ergebnissen und gewonnenen Erfahrungen – sowohl die bisherige Systematik einer einzelprogrammbezogenen Evaluation fortführen, soweit er dies für erforderlich hält, oder beispielsweise angepasst an etwaige medizinische Erfordernisse und Besonderheiten allein eine regionenbezogen vergleichende Evaluation oder auch nur eine auf die Gesamtheit der für eine Krankheit zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme bezogene Evaluation im Vergleich zur Versorgung außerhalb der Programme vorsehen. Die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet insbesondere auch die Vorgabe methodischer Kriterien für die Evaluation. Dies ist naheliegend und folgerichtig, denn der Gemeinsame Bundesausschuss legt auch die zu erhebenden und zu dokumentierenden (insbesondere medizinischen) Daten (Nummer 5) fest, deren Zweck unter anderem der Durchführung einer Evaluation dient.

Satz 3 stellt klar, dass – wie bisher in den strukturierten Behandlungsprogrammen – auch zukünftig die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 geregelten Anforderungen den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken, soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen. Etwaige Einschränkungen der Therapiefreiheit, die sich durch die das Leistungsrecht näher konkretisierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 ergeben, bleiben unberührt. Die Regelung in Satz 3 entspricht der bisherigen Regelung in § 28b Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Im neuen Satz 6 ist die Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses zur regelmäßigen Überprüfung und Aktualisierung seiner Richtlinien nach Satz 2 geregelt. Dies entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 28b Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Auf die dort noch vorgesehene Vorgabe starrer Überprüfungsfristen wird aus Gründen der Ermöglichung einer sachgerechten Flexibilisierung und der

Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Aktualität der medizinischen Inhalte verzichtet.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Bundesversicherungsamt erstellt einen zusammenfassenden Bericht über die Evaluation nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und veröffentlicht diesen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände für die Programme für jedes volle Kalenderjahr Qualitätsberichte über die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 zu erstellen haben, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind. Diese Berichte werden bereits jetzt von den Krankenkassen regelmäßig erstellt und veröffentlicht, sodass hierdurch grundsätzlich kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht. Es wird nunmehr lediglich die Verpflichtung zur Vorlage dieser Berichte zu einem festgelegten Termin beim Bundesversicherungsamt geregelt. Die fristgerechte und ordnungsgemäße Vorlage dieser Qualitätsberichte ist nach § 137g Absatz 3 Voraussetzung für den Fortbestand der Zulassung eines Programms, die nun auch unbefristet vom Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 1 zu erteilen ist, wenn das Programm die erforderlichen Anforderungen erfüllt. Wird ein Qualitätsbericht nicht fristgerecht vorgelegt, hebt das Bundesversicherungsamt die Zulassung eines Programms auf.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neufassung des bisherigen § 116b. Der neue Absatz 7 entspricht dem bisherigen § 116b Absatz 1, der die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen regelte.

Zu Nummer 58 (§ 137g)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme wird vereinfacht, in dem die Vorgabe wegfällt, wonach die Zulassung zu befristen ist. Dies entlastet Krankenkassen und Bundesversicherungsamt von erheblichem Verwaltungsaufwand, der aufgrund der Etablierung der strukturierten Behandlungsprogramme in der Versorgung nicht mehr als erforderlich angesehen wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Ungeachtet der grundsätzlichen Entfristung der Zulassung kann das Bundesversicherungsamt die Zulassung weiterhin mit erforderlichen Auflagen und Bedingungen versehen. Damit kann auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass bei etwa einem Drittel aller zur Zeit zugelassenen Programme die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge (hierzu zählen nicht nur die Leistungserbringerverträge, sondern auch Datenstellen- und die zur Beratung der Versicherten abgeschlossenen Dienstleisterverträge) bisher nur befristet geschlossen sind. Die unbefristete Zulassung solcher Programme kann dann beispielsweise unter der Auflage erfolgen, dass rechtzeitig vor Ablauf der vorgesehenen Vertragslaufzeiten entsprechende Anschlussverträge abgeschlossen und dem Bundesversicherungsamt vorgelegt werden.

Zu Doppelbuchstaben dd bis hh

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung des Satzes 3 und aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2

Der Regelungsgegenstand des bisherigen Absatzes 2 ist obsolet geworden, da es aufgrund der unbefristeten Zulassung grundsätzlich keiner Wiederzulassung eines Programms mehr bedarf und die Evaluation in Zukunft nicht mehr als Grundlage für eine solche Wiederzulassung dient.

In der Neufassung des Absatzes 2 ist die Pflicht der Krankenkassen oder der Verbände der Krankenkassen geregelt, die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres anzupassen, wenn die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder die in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen geändert werden. Maßgeblicher Zeitpunkt ist der Tag des Inkrafttretens der Änderungen. Für Programme, die bei Inkrafttreten von Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen zwar noch nicht zugelassen sind, deren Zulassung an diesem Tag aber bereits beantragt ist, gilt diese Anpassungsfrist entsprechend. Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt die angepassten Verträge unverzüglich vorzulegen und es über die Anpassung der Programme unverzüglich zu unterrichten. Dies soll gewährleisten, dass die Programme auch weiterhin qualitativ hochwertig gemäß der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden und eine Behandlung jeweils auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beinhalten. Diese Regelung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 28b Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, bereinigt um zwischenzeitlich wegen Zeitablaufs obsolet gewordener Übergangsvorschriften. Zur Vereinfachung wird in Satz 1 zudem eine einheitliche Anpassungsfrist von einem Jahr vorgesehen.

Zu Absatz 3

Wegen der Einführung der regelhaften unbefristeten Zulassung wird als Folgeänderung in Absatz 3 Satz 1 geregelt, dass die Zulassung mit Wirkung des Zeitpunkts der Änderung der Verhältnisse aufzuheben ist, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen, insbesondere nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7, nicht mehr erfüllen. Die Sätze 2 und 3 regeln jeweils einen von diesem Grundsatz abweichenden Aufhebungszeitpunkt. Wurde die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt, ist die Zulassung mit Wirkung zum Beginn des Bewertungszeitraums aufzuheben. Wurde ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht

fristgerecht vorgelegt, ist die Zulassung mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufzuheben, für das der Qualitätsbericht vorzulegen war. Demgegenüber kann ein aufgrund vorgelegter Qualitätsberichte erfolgreicher Vergleich der Ergebnisse zwischen mehreren für dieselbe Krankheit zugelassenen Programmen allein keine Grundlage für die Aufhebung der Zulassung eines Programms sein.

Zu Nummer 59 (§ 140f Absatz 2)

Technische Folgeänderungen zum Wegfall der bisherigen Regelung in § 303b.

Zu Nummer 60 (§ 155)

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit der Schließung von Krankenkassen ist es erforderlich, das Verfahren des Kassenwechsels für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse zu erleichtern. Die bisherigen Regelungen tragen dem Umstand nicht ausreichend Rechnung, dass bei der Schließung einer Krankenkasse in kurzer Zeit ein Kassenwechsel für eine unter Umständen sehr große Zahl von Mitgliedern durchzuführen ist. Um Schwierigkeiten für die Mitglieder zu vermeiden und den auf Seiten der aufnehmenden Krankenkassen erforderlichen organisatorischen Aufwand zu verringern, wird der Abwicklungsvorstand verpflichtet, die verfahrensmäßigen Voraussetzungen für den Kassenwechsel so weit wie möglich herzustellen. Zu diesem Zweck hat er jedem Mitglied unverzüglich nach Zugang des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde einen Vordruck zu übermitteln, der bereits die für die Anmeldung bei einer neuen Krankenkasse erforderlichen Angaben des Mitglieds enthält. Außerdem sind in den Vordruck die Angaben aufzunehmen, die die gewählte Krankenkasse für die Leistungserbringung benötigt. Hierzu gehört insbesondere die Bankverbindung, da ohne diese Angabe eine nahtlose Fortzahlung von Pflege- und Krankengeld nicht möglich ist. Dem Vordruck ist eine Übersicht über alle wählbaren Krankenkassen beizufügen, damit das Mitglied die gewählte Krankenkasse nur noch eintragen oder ankreuzen muss. Der Vorstand hat die Form der Übermittlung so zu wählen, dass der Vordruck dem Mitglied erfahrungsgemäß auch tatsächlich zugeht. Die Einstellung des Vordrucks im Internetauftritt der Krankenkasse reicht hierfür nicht. Da diese Angaben im Versichertenverzeichnis der bisherigen Krankenkasse enthalten sind, entsteht hierdurch kein erheblicher Aufwand für die geschlossene Krankenkasse. Zur weiteren Erleichterung des Kassenwechsels hat der Vorstand die Mitglieder darauf hinzuweisen, dass sie den ausgefüllten Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurücksenden können. Es steht den Mitgliedern der geschlossenen Krankenkasse frei, von dieser Möglichkeit zur Erleichterung des Kassenwechsels keinen Gebrauch zu machen und sich selber an die gewählte Krankenkasse zu wenden. Machen sie von ihrem Wahlrecht keinen Gebrauch, gilt das bisherige Verfahren, d. h. die Anmeldung bei der letzten Krankenkasse oder ersatzweise bei einer anderen wählbaren Krankenkasse durch die zur Meldung verpflichtete Stelle.

Auf Grund der Verweisungen in den § 146a Satz 3, § 164 Absatz 1 Satz 1 und § 171 Satz 1 gilt die Regelung auch bei der Schließung von Orts- und Innungskrankenkassen sowie von Ersatzkassen. Sie gilt außerdem im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse (vgl. die Änderung in § 171b Absatz 3).

Zu Nummer 61 (§ 171b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 155 Absatz 2.

Zu Buchstabe b

Zeigt der Vorstand einer Krankenkasse der zuständigen Aufsichtsbehörde an, dass die Krankenkasse zahlungsunfähig ist, die Zahlungsunfähigkeit droht oder die Überschuldung eingetreten ist, hat die Aufsichtsbehörde über die Schließung der Krankenkasse oder die

Einleitung eines Insolvenzverfahrens zu entscheiden. Die Krankenkassen derselben Kassenart und deren Landesverbände, die sich parallel dazu um die Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz durch freiwillige finanzielle Hilfen oder durch Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse bemühen, sollen künftig hierüber unverzüglich informiert werden. Da sie im Fall der Schließung oder der Einleitung eines Insolvenzverfahrens vorrangig die hieraus resultierenden finanziellen Belastungen zu tragen haben, erhalten sie frühzeitig die Möglichkeit, kurzfristig Maßnahmen zur Haftungsprävention zu ergreifen.

Zu Nummer 62 (§ 172)

Eine Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse soll möglichst vermieden werden. Dafür müssen Problemfälle frühzeitig identifiziert und wirksame Sanierungsstrategien gefunden werden. Insbesondere freiwillige finanzielle Hilfen der Krankenkassen derselben Kassenart zur Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit, zur Verhinderung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen kommen dafür in Betracht. In diese Bemühungen sollen künftig neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden auch die Landesverbände der Krankenkassen stärker einbezogen werden. Dafür ist es notwendig, ihnen vergleichbare Informations- und Prüfrechte gegenüber ihren Mitgliedschaften einzuräumen wie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ebenso wie dieser erhalten sie die gesetzliche Befugnis, von ihren Mitgliedern die Auskünfte und Unterlagen zu verlangen, die zur Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Mitgliedschaften erforderlich sind. Dadurch können auch die Landesverbände gemäß § 172 Absatz 2 Satz 5 ihre Mitgliedschaften über geeignete Maßnahmen zur Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit beraten und die Aufsichtsbehörde über die finanzielle Situation und die vorgeschlagenen Maßnahmen unterrichten, wenn sie auf Grund der übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer ihrer Mitgliedschaften für bedroht halten.

Zu Nummer 63 (§ 173)

Ehegatten können eine Mitgliedschaft auch bei der Krankenkasse begründen, bei der ihr Ehepartner versichert ist. Damit haben Sie z. B. Zugang zu einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse, wenn der Ehepartner als Mitarbeiter des Unternehmens dort Mitglied ist.

Mit dem Lebenspartnerschaftsgesetz von 16. Februar 2001 wurden die eingetragenen Lebenspartner den Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Diese Gleichstellung erstreckt sich auch auf das sog. Ehegattenwahlrecht. Insoweit handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 64 (§ 175)

Die Regelung trägt dem Stellenwert der Kassenwahlfreiheit in einem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungssystem Rechnung. Sie dient dem Schutz der Mitglieder im Fall eines Kassenwechsels, insbesondere wenn dieser auf Grund einer Schließung oder Insolvenz der bisherigen Krankenkasse erforderlich geworden ist. Dem Grundsatz, dass die Wahl einer Krankenkasse ausschließlich nach den eigenen Präferenzen des Mitglieds erfolgen und nicht durch die abgebende oder die aufnehmende Krankenkasse oder durch Dritte beeinflusst werden soll, wird stärker zur Geltung verholfen. Künftig steht es nicht mehr im Ermessen der Aufsichtsbehörden, ob sie Verdachtsfälle einer rechtswidrigen Einschränkung der Kassenwahlrechte aufgreifen. Als rechtswidrige Einschränkung der Kassenwahlrechte ist dabei jede Beratung eines aufnahmewilligen Mitglieds anzusehen, die dazu führt, dass dieses entweder ganz von der Wahlerklärung absieht oder die Wahlerklärung nur unter erschwerten Bedingungen abgeben kann. Hierzu gehört etwa eine Beratung dahingehend, dass es die Wahlerklärung nur schriftlich oder nur in einer bestimmten Geschäftsstelle oder nur unter Beifügung von Unterlagen abgeben kann, die

für die Ausübung des Wahlrechts nicht erforderlich sind. Wie die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, lösen derartige Falschberatungen nicht nur erhebliche Unsicherheit bei den Versicherten aus. Vielfach waren Versicherte hierdurch gezwungen, ohne Not erhebliche Belastungen zu tragen, wie übermäßig lange Wartezeiten oder unter Umständen mehrfache Anreisen zu entfernt liegenden Geschäftsstellen. Die Aufsichtsbehörden werden verpflichtet, Anhaltspunkten hierfür nachzugehen und den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Bei festgestellten Rechtsverstößen ist die Krankenkasse zu deren Behebung und zur Unterlassung weiterer Rechtsverletzungen zu verpflichten und diese Verpflichtung mit der Androhung eines Zwangsgelds zu verbinden. Anders als bei sonstigen Rechtsverletzungen haben die Aufsichtsbehörden insoweit kein Ermessen mehr.

Die sofortige Androhung des Zwangsgelds ist erforderlich, um die Krankenkasse anzuhalten, keine auch nur vorübergehenden Rechtsverletzungen insbesondere in Form unzutreffender Beratung über die Zugangsmöglichkeiten zur Krankenkasse in Kauf zu nehmen, die das Ziel haben können, die finanziellen Belastungen der Krankenkassen aufgrund zu Zugangs zahlreicher vermeintlich „ungünstiger Risiken“ zu vermeiden. Auch die Höhe des Zwangsgelds, die sich an den Vollstreckungsgesetzen der Länder orientiert, und die mehrfache Festsetzung für jeden Einzelfall sind diesem Zweck entsprechend angemessen. Der Gewährleistung eines zügigen Kassenwechsels und der Vermeidung von Fehlansetzen dient auch der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen gegen die Anordnung der Aufsichtsbehörden.

Jedes Vorstandsmitglied der betroffenen Krankenkasse, das von der Rechtsverletzung wusste oder hätte wissen müssen, ist für ein von der Krankenkasse gezahltes Zwangsgeld in Regress zu nehmen. Dies ist vorrangig Aufgabe des Verwaltungsrats. Sofern der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht von sich aus einleitet, hat die Aufsichtsbehörde ihn hierzu zu veranlassen.

Zu Nummer 65 (§ 212)

Alle Krankenkassen einer Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz in einem Land haben für das jeweilige Land für alle gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen sowie für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene jeweils einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis gegenüber der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes zu benennen. Können sich die betroffenen Krankenkassen einer Kassenart nicht auf einen Bevollmächtigten einigen, bestimmt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes diesen gemeinsamen Bevollmächtigten. Soweit für ein Land ein Landesverband besteht oder die Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Absatz 4a wahrgenommen werden, gilt der Landesverband als Bevollmächtigter der Kassenart. Bestehen in einem Land gemäß § 207 mehrere Landesverbände einer Kassenart, gilt der jeweilige Landesverband in seinem Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigter im Sinne des Satzes 1.

Für die Ersatzkassen gilt die bisherige Regelung in § 212 Absatz 5.

Zu Nummer 66 (§ 217f)

Für die Mitglieder einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse, die nach dem Zeitpunkt der Schließung durch die Aufsichtsbehörde oder nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens noch keine neue Krankenkasse gewählt haben bzw. die noch nicht gemäß § 175 Absatz 3 durch die zuständige Meldestelle (insbesondere dem Arbeitgeber, dem Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit) einer neuen Krankenkasse zugewiesen wurden, muss in dem Übergangszeitraum bis zur Übernahme durch die neue Krankenkasse die lückenlose Realisierung der Leistungsanspruchnahme auch praktisch gewährleistet sein. Die Begründung der Mitgliedschaft in der neuen Krankenkasse erfolgt zwar rückwirkend, so dass insofern eine durchgehende Mitgliedschaft gewährleistet ist.

Für die praktische Abwicklung des Verfahrens des Übergangs von der geschlossenen in die neue Krankenkasse bedarf es jedoch näherer Verfahrensregelungen der Selbstverwaltung. Um in der Übergangszeit eine reibungslose Leistungsgewährung an die betroffenen Mitglieder sicherzustellen, und Verunsicherungen bei den Leistungserbringern zu vermeiden, erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die gesetzliche Aufgabe, die hierfür erforderlichen Entscheidungen zu treffen.

Die Vorschrift gilt für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 Satz 2 SGB XI entsprechend.

Zu Nummer 67 (§ 221b)

Der bisherige Wortlaut des § 221b bleibt unverändert und wird Absatz 1. Der neue Absatz 2 Satz 1 des § 221b SGB V sieht vor, dass die Bundesregierung die mit den Maßnahmen dieses Gesetzes nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluiert. Diese Maßnahmen betreffen die Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungserbringer insbesondere in Gebieten, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V getroffen worden sind, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen, deren Umfang in den Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird, sowie die Neujustierung der Honorarstrukturen im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung.

Mit § 221b Absatz 2 Satz 2 wird geregelt, dass das Ergebnis dieser Evaluierungen im Jahre 2014 bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 gemäß § 221b Absatz 1 Satz 2 mindernd berücksichtigt wird. Voraussetzung ist, dass sich aus dem Ergebnis der Evaluierungen unter Berücksichtigung von Einspareffekten tatsächlich Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

Zu Nummer 68 (§ 225)

Rentenantragsteller sind bis zum Beginn der Rente u.a. beitragsfrei, wenn sie als hinterbliebene Ehegatten eines nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder Nummer 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragen.

Hinterbliebene Lebenspartner werden innerhalb dieser Vorschrift nicht gesondert aufgeführt, obwohl sie wie hinterbliebene Ehegatten Anspruch auf Hinterbliebenenrente nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch haben (vgl. § 46 Absatz 4 SGB VI).

Diese im Rentenrecht bereits gültige Gleichstellung von Lebenspartnerschaft und Ehe wird nunmehr in § 225 ausdrücklich gesetzlich geregelt.

Zu Nummer 69 (§ 232a)

Die beitragspflichtigen Einnahmen für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II wurden mit Wirkung vom 1. Juli 2006 vom 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße auf das 0,3450-fache der Bezugsgröße reduziert.

Um die daraus resultierenden Mindereinnahmen der Krankenversicherung bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II auszugleichen, wurde ein Ausgleichsverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit und den Krankenkassen eingeführt. Dieses bislang in den Sätzen 3 und 4 beschriebene Ausgleichsverfahren sollte vollzogen werden, wenn die Mehreinnahmen aus der gleichzeitigen Erhöhung der Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte (von 11 Prozent auf 13 Prozent) nicht ausreichen sollten, um die Minderein-

nahmen bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II auszugleichen. Die o. g. Mehreinnahmen wurden auf 170 Millionen Euro geschätzt und im Gesetz festgelegt. Die Risiken dieser Schätzung sollten nicht zu Lasten der Krankenkassen gehen und daher vom Bund ausgeglichen werden.

Diese Anspruchsberechtigung der Krankenkassen ist zum 1. Januar 2009 auf das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds übergegangen.

Das Ausgleichsverfahren wird nun abgeschafft. Auf die Prüfung der Mehreinnahmen kann verzichtet werden, weil die genannte Grenze von 170 Millionen Euro in der Vergangenheit jeweils weit überschritten wurde und nie ein Ausgleichsanspruch bestand.

Dementsprechend wird § 232a Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 aus Gründen der Entbürokratisierung und Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Nummer 70 (§ 249)

Zu Buchstabe a

In § 249 Absatz 1 Satz 1 in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung ist geregelt, dass bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz trägt, im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge.

Aufgrund eines redaktionellen Versehens wird die Beitragstragung des Arbeitgebers in den Fällen versicherungspflichtig Beschäftigter ohne Krankengeldanspruch, in denen der ermäßigte Beitragssatz zur Anwendung gelangt, nicht erwähnt. In diesen Fällen bemisst sich auch der Arbeitgeberanteil nach dem ermäßigten Beitragssatz. Dem wird durch die redaktionelle Änderung Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Ebenfalls redaktionell angepasst wird die in Absatz 4 getroffene Regelung zur Beitragstragung in der so genannten Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollte durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht verändert werden. Nach dem Wegfall des zusätzlichen Beitragssatzes zum 1. Januar 2009 wird dies durch Anpassungen der Beitragstragungsregelungen in den §§ 249 ff. sichergestellt. Eine Änderung des § 249 Absatz 4 unterblieb jedoch versehentlich. Nach dem reinen Wortlaut der Vorschrift würden Beiträge bei einem Entgelt innerhalb der Gleitzone deshalb auch weiter nach dem „Beitragssatz der Krankenkasse“ berechnet und getragen. Dadurch ergäbe sich eine nicht intendierte Belastung der Arbeitgeber um 0,45 Beitragssatzpunkte. In der Praxis wird daher schon heute anders verfahren. Die Änderung stellt insoweit eine Anpassung an die Praxis dar.

Zu Nummer 71 (§ 256)

Seit dem 1. Januar 2011 haben Zahlstellen die Meldungen an die Krankenkassen ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu übermitteln (vergleiche Artikel 5 Nummer 10 Buchstabe c in Verbindung mit Artikel 21 Absatz 11 des Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 19. Dezember 2007). Zur Vereinheitlichung der technischen Verfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen, die alle auf der gleichen Datenübermittlung basieren, wird diese Regelung auch für die Beitragsnachweise der Zahlstellen übernommen. Den Aufbau der Datensätze legt der Spitzenverband Bund wie beim Zahlstellen-Meldeverfahren in Grundsätzen fest.

Zu Nummer 72 (§ 257)

Zu Buchstabe a

Die Regelung korrespondiert mit der Regelung des § 249 (neu). Es wird sichergestellt, dass der Beitragszuschuss des Arbeitgebers für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer, die ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind und deren Beiträge sich nach dem ermäßigten Beitragssatz bemessen, gesetzlich bestimmt ist.

Durch die unter Buchstabe bb) vorgenommene redaktionelle Änderung wird entsprechend der gängigen Verfahrenspraxis sichergestellt, dass bei Bezug von Kurzarbeitergeld der Arbeitgeber, wie bei versicherungspflichtig Beschäftigten auch, die auf das fiktiv anzusetzende Arbeitsentgelt entfallenden Beiträge vollumfänglich als Beitragszuschuss übernimmt.

Zu Buchstabe b

Die Begründung zu Buchstabe a) gilt für den Beitragszuschuss des Arbeitgebers für privat krankenversicherte Beschäftigte entsprechend.

Zu Buchstabe c

Im Zuge der Rechtsbereinigung wird die Regelung zur Berechnung des Beitragszuschusses für freiwillig versicherte Vorruhestandsgeldbezieher redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe d

Seit dem 1. Januar 2009 sind nicht mehr neun Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes für die Berechnung des Beitragszuschusses für Bezieher von Vorruhestandsgeld maßgebend, sondern es ist der bundeseinheitliche um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte Beitragssatz nach § 243.

Darüber hinaus war die Vorschrift redaktionell anzupassen, unter anderem mit der Streichung der Sätze 3 und 4.

Zu Nummer 73 (§ 264)

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 74 (§ 265b)

Vereinbarungen über freiwillige Finanzhilfen unter den Krankenkassen derselben Kasernenart zur Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit, zur Verhinderung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder zur Aufteilung der Haftungsbeträge nach einer Schließung beruhen bisher auf freiwilligen Angaben der Krankenkassen über ihre finanzielle Hilfsbedürftigkeit. Da die Krankenkassen untereinander jedoch keiner gegenseitigen Finanzkontrolle unterliegen, können Unsicherheiten bezüglich der Belastbarkeit dieser Angaben und über den konkreten Umfang der finanziellen Hilfsbedürftigkeit bestehen. Zur Überprüfung dieser Angaben sind die unterstützenden Krankenkassen daher auf entsprechende Auskünfte des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des jeweiligen Landesverbandes angewiesen, die diese nach § 172 Absatz 2 SGB V von den Krankenkassen verlangen können.

Zu Nummer 75 (§ 266)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Nummer 76 (§ 270)

Die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sollen nicht die Aufwendungen der Krankenkassen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 – neu decken. Diese Leistungen bleiben somit genauso wie die Leistungen aus Wahlтарifen außer Betracht. Die Aufwendungen der Krankenkassen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 – neu sollen demnach vollständig aus den Eigenmitteln der jeweiligen Krankenkasse finanziert werden. Gleichzeitig wird ein redaktioneller Fehler in der bisherigen Regelung beseitigt, indem im Verweis auf § 53 die fälschliche Einschränkung auf den Absatz 5 aufgehoben wird.

Zu Nummer 77 (§ 271)

Die Regelung sieht vor, dass das Bundesversicherungsamt bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren kann, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind.

Hintergrund ist, dass versicherungspflichtige Mitglieder im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse die Mitgliedschaftsbescheinigung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach dem Tag der Schließung dem Arbeitgeber (bzw. dem Rentenversicherungsträger oder der Bundesagentur für Arbeit) vorlegen müssen. Die Möglichkeit der freien Krankenkassenwahl erstreckt sich somit über den Tag der Schließung hinaus. Freiwillige Mitglieder müssen die Wahl einer neuen Krankenkasse innerhalb von 3 Monaten nach der Schließung getroffen haben.

Tritt ein Leistungsfall ein, bevor eine neue Krankenkasse gewählt ist, soll vermieden werden, dass Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz betroffenen Krankenkasse Leistungen verweigert oder privat in Rechnung gestellt werden, wenn es ihnen nicht möglich ist, die Krankenversichertenkarte oder einen Berechtigungsschein der neuen Krankenkasse rechtzeitig vorzulegen. Eine vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabe nach § 217 f Absatz 6 - neu - erfolgte Beauftragung der geschlossenen Krankenkasse als Körperschaft in Abwicklung oder einer anderen Krankenkasse mit der Leistungsaushilfe ist geeignet, einen lückenlosen Versicherungsschutz sicherzustellen, ohne dass Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse innerhalb des ihnen zustehenden Zeitraumes zur freien Krankenkassenwahl einer Krankenkasse zugewiesen werden. Für die Versorgung der Versicherten erhält die leistungsaushelfende Krankenkasse keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, da im Rahmen der Leistungsaushilfe keine Mitgliedschaft begründet wird.

Die Leistungsaushilfe kann auf Antrag über ein Liquiditätsdarlehen finanziert werden. Unabhängig vom Zeitpunkt der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts besteht für die gewählte neue Krankenkasse eine Leistungspflicht ab dem ersten Tag nach Schließung der bisherigen Krankenkasse. Damit hat die leistungsaushelfende Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse einen Erstattungsanspruch.

Das Darlehen ist spätestens innerhalb von 6 Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 78 (§ 284)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 85c und der Änderung von § 87c.

Zu Nummer 79 (§ 285)

Mit der Neuregelung des § 285 Absatz 3 Satz 7 wird eine gesetzliche Befugnisnorm für Datenübermittlungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung an eine andere Kassenärztliche Vereinigung geschaffen, soweit dies im Rahmen einer Beauftragung nach § 77 Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 88 SGB X erforderlich ist. Aus § 77 Absatz 6 Satz 2 ergibt sich, dass die Beauftragte im datenschutzrechtlichen Sinn Dritte und damit verantwortliche Stelle ist, wenn sie zum Zwecke der Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben Daten entgegennimmt. Da der Datenfluss zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen als Übermittlung nach § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 SGB X zu qualifizieren ist, bedarf er einer gesetzlichen Legitimationsgrundlage, die hiermit geschaffen wird.

Aufgrund der Tatsache, dass es für die auftragsweise Aufgabenwahrnehmung nicht erforderlich ist, dass die beauftragte Kassenärztliche Vereinigung einen Versichertenbezug herstellen kann, eine Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten also nicht erforderlich ist, wird die Auftraggeberin verpflichtet, die erforderlichen Daten vor ihrer Übermittlung zu pseudonymisieren. Durch die Verwendung einheitlicher Pseudonymisierungsverfahren sind erforderliche Datenverknüpfungen nach wie vor möglich.

Zu Nummer 80 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 116b

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 116b.

Zu Buchstabe d

Mit dem Ziel Überregulierungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem abzubauen, entfällt die Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner ambulante Kodierrichtlinien für die Dokumentation der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen zu vereinbaren. Damit entfällt auch die Verpflichtung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die ambulanten Kodierrichtlinien anzuwenden.

Zu Nummer 81 (§ 300)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Buchstaben b und c.

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung wird erreicht, dass die bereits für Arzneimittel geltende Verpflichtung zum Auftragen eines bundeseinheitlichen Kennzeichens auf das Rezept und zur elektronischen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 300 auch für alle übrigen Leistungen gilt, die in den Leistungsanspruch nach § 31 einbezogen sind sowie für Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2.

Durch die Neuregelung wird klar gestellt, dass die Abrechnungsdaten für alle Leistungen nach § 31 sowie für Impfstoffe nach der Vorschrift des § 300 und nicht nach der Vorschrift des § 302 zu übermitteln sind. Die Neuregelung lässt im Übrigen die geltenden, vertraglich vereinbarten Abrechnungswege und -verfahren unberührt.

Die Regelung dient insgesamt der Erhöhung der Transparenz über die abgerechneten Leistungen und der Rechtsklarheit. Sie gewährt eine vollständige Erfassung der Daten, die von den Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Damit wird eine einheitliche Systematik für die Abrechnungsdaten für alle Leistungen, auf die ein Leistungsanspruch nach § 31 besteht, sowie für Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2 gewährleistet. Die Neuregelung gilt nicht für Einzelleistungen, die im Rahmen einer Komplexleistung erbracht und vergütet werden und die mithin nicht einzeln abgerechnet werden.

zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 82 (§ 302)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 127 und § 133. Regelungen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und die Voraussetzungen und das Verfahren der Teilnahme an einer Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung können zukünftig auch in Rahmenempfehlungen der Vertragspartner auf Bundesebene vereinbart werden. In diesem Fall sollen die vertraglich vereinbarten Rahmenempfehlungen den einseitig festgelegten Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vorgehen.

Zu Nummer 83 (§§ 303a bis 303e)

Der Zweite Titel des Zweiten Abschnitts des Zehnten Kapitels, der die Vorschriften zur Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält, wird neu geregelt. Dabei werden die grundlegende Struktur sowie die vorgesehenen Maßnahmen zum Datenschutz weitestgehend beibehalten. Maßgebliche Neuregelungen betreffen zum einen die geänderte Datengrundlage, die nunmehr auf die bereits im System vorhandenen Daten des Risikostrukturausgleichs aufsetzt, und zum Zweiten die Zuweisung der Aufgabenwahrnehmung an öffentliche Stellen.

Mit der Bereitstellung der pseudonymisierten Daten durch die öffentlichen Stellen wird das Ziel verfolgt, durch eine hierdurch nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Entscheidungsprozesse (z.B. Nutzen- und Kostenanalyse) und für die Versorgungsforschung (z.B. Längsschnittanalysen zum Versorgungsgeschehen über längere Zeiträume bezüglich bestimmter Fragestellungen) einen effizienteren Ressourceneinsatz im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.

Zu § 303a

Zu Absatz 1

Die bisherigen, seit Januar 2004 geltenden Regelungen sind von der Selbstverwaltung bisher nur ansatzweise umgesetzt worden und es ist davon auszugehen, dass auf der Basis der bisher geltenden Regelungsstruktur auch weiterhin eine Umsetzung durch die Beteiligten nicht erfolgen wird. Daher wird mit der Neuregelung das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates öffentliche Stellen zu bestimmen, die die Funktionen einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle wahrnehmen und so die vom Gesetzgeber beabsichtigte Umsetzung der Datentransparenzregelungen anstelle der Selbstverwaltung übernehmen.

Das Instrument der Rechtsverordnung wird gewählt, da auf diese Weise Detailregelungen zur erforderlichen Kompetenz der Stellen, zu Finanzierungsfragen und datenschutzrechtlichen Anforderungen verbindlich vorgegeben werden können, ohne diese Einzelheiten im Gesetz regeln zu müssen. Welche öffentliche Stelle zur Wahrnehmung der Aufgaben der

Vertrauensstelle oder der Datenaufbereitungsstelle bestimmt wird, ist in der Rechtsverordnung zu regeln. In Betracht kommt z.B. das Bundesversicherungsamt.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 regelt, dass in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 Näheres zu Datenumfang (vgl. Begründung zu § 303b), dem Verfahren der Datenübermittlung (vgl. Begründung zu § 303b), dem Verfahren der Pseudonymisierung (vgl. Begründung zu § 303c) und der ausnahmsweise pseudonymisierten Bereitstellung von Daten (vgl. Begründung zu § 303e) festgelegt werden.

Zu Absatz 3

Der bisherige Absatz 3 entfällt, da mittlerweile durch Vereinbarungen der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Leistungserbringern umfassende Regelungen zum Datenaustausch getroffen sind. Für die Aufgaben der Datentransparenz ist eine verbesserte Kompatibilität der Daten einzelner Leistungsbereiche nicht mehr erforderlich, da nunmehr als Datengrundlage die bereits auf Plausibilität geprüften Daten des Risikostrukturausgleichs genutzt werden.

Die Finanzierung der Aufgaben der Datentransparenz, die entsprechend der ursprünglichen Regelungen durch die Selbstverwaltung hätte erfolgen müssen, wird auch weiterhin durch die gesetzlichen Krankenkassen geleistet. Den durch Rechtsverordnung bestimmten Stellen werden die Kosten erstattet, die ihnen durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen. Insbesondere werden die technische Ausstattung und der entstehende Personalmehrbedarf durch die gesetzliche Krankenversicherung und gegebenenfalls durch Nutzungsentgelte finanziert. Die Einzelheiten hierfür werden in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 festgelegt. In diesem Zusammenhang sind unter anderem die Obergrenze der Finanzierungskosten, zu zahlende Vorschüsse und die Berücksichtigung von Nutzungsentgelten sowie das Verfahren des Verwendungsnachweises festzulegen.

Nach einer Schätzung durch Experten wurde auf der Grundlage eines mittleren Grundbedarfes, bei einem beschränkten Parallelbetrieb, der auch kurzzeitige Ausfälle des Systems akzeptiert, und einem Datenbestand mit dem Umfang von drei Jahren, ein Anfangsinvestitionsbedarf von rund einer Million Euro ermittelt. Danach würden für den Betrieb ohne Berücksichtigung der Nutzungsentgelte jährlich Kosten von rund 500.000 Euro anfallen. Damit ergibt sich gegenüber dem für die Umsetzung der ursprünglichen Regelungen im Jahr 2004 geschätzten Finanzierungsbedarf von ca. einer Million Euro jährlich (vgl. BT-Drs. 15/1525 Seite 173 7. Absatz) durch den mit der Nutzung bereits vorhandener Daten verbundenen geringeren Aufwand ein Einsparungseffekt.

Zu § 303b

Die bisherige Regelung in § 303b kann entfallen. Auf die Einrichtung eines Beirats kann verzichtet werden, weil im Rahmen des Rechtsverordnungsverfahrens nach § 303a alle interessierten Fachkreise beteiligt werden.

Mit der neuen Vorschrift wird die Datengrundlage für die Aufgaben der Datentransparenz neu geregelt. Nach den Erfahrungen mit der unzureichenden Umsetzung der ursprünglichen Regelungen durch die Selbstverwaltung, die eine Erhebung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei den datenhaltenden Stellen (Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen) vorsahen, wird nunmehr auf die bereits vorhandenen Daten zurückgegriffen, die von den Krankenkassen für Zwecke des Risikostrukturausgleiches erhoben und dem Bundesversicherungsamt übermittelt wurden. Auch diese Daten sind für die Zwecke der Datentransparenz geeignet. Mit diesen jährlich anfallenden pseudonymisierten Daten wird schrittweise eine Datenbasis entstehen, mit der auch über längere Zeitreihen Versorgungsanalysen möglich sein werden, ohne dass anhand dieser Daten eine Reidentifikati-

on der Versicherten erfolgen kann. Die Festlegung des Umfangs der für Zwecke des Risikostrukturausgleichs zu erhebenden Daten erfolgt durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (§ 30 Absatz 1 RSAV), der Umfang der hieraus zu bestimmenden Auswahl der im Rahmen der Datentransparenz zu übermittelnden Daten wird in der Rechtsverordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 weiter konkretisiert.

Die Daten werden nach der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt auf Vollständigkeit und Plausibilität an die Datenaufbereitungsstelle übermittelt. Dadurch wird sichergestellt, dass das Verfahren des Risikostrukturausgleichs nicht beeinflusst wird und ein valider Datenbestand für die Zwecke der Datentransparenz mitgenutzt werden kann. Durch die Verwendung von bereits erhobenen und geprüften Daten wird der Aufwand insgesamt reduziert.

An die Vertrauensstelle wird gleichzeitig vom Bundesversicherungsamt eine Liste der temporären Pseudonyme übermittelt. Die Vertrauensstelle hat die Aufgabe, unter Einbeziehung des wechselnden RSA-Datenschlüssels neue, kontinuierliche Pseudonyme zu erzeugen und so jedem Versicherten dauerhaft ein eindeutiges Pseudonym zuzuordnen. Hierfür ist eine Übermittlung des gesamten RSA-Datensatzes nicht erforderlich, es genügt die Übermittlung aller bei den gemäß § 30 Absatz 3 RSAV bereits pseudonymisierten RSA-Daten vorkommenden Pseudonyme. Dadurch wird den Grundsätzen der Datensparsamkeit und der Verhältnismäßigkeit genügt.

Zu § 303c

Zu Absatz 1

Die Vertrauensstelle hat die ihr vom Bundesversicherungsamt nach § 303b übermittelte Liste von temporären Pseudonymen in eine Liste von periodenübergreifenden Pseudonymen zu überführen. Dazu wendet sie ein mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmtes einheitliches Verfahren an. Wesentliche Punkte des Verfahrens werden in Absatz 2 geregelt; die weiteren Einzelheiten werden nach § 303a Absatz 3 Nummer 3 in der Verordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 geregelt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Grundzüge zur Auswahl des Pseudonymisierungsverfahrens, das von der Vertrauensstelle verwendet wird. Es soll ein einheitliches schlüsselabhängiges Verfahren in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (Absatz 1) gewählt werden, das sicherstellt, dass die Ergebnisse der Pseudonymisierung kontinuierlich und periodenübergreifend sind, d. h. einem Versicherten muss über den gesamten Zeitraum ein eindeutiges Pseudonym zugeordnet werden können. Vor diesem Hintergrund und dem nach § 30 Absatz 3 Satz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Pseudonymisierungsverfahren der RSA-Daten vorgesehenen regelmäßigen Schlüsselwechsel muss das bei der Vertrauensstelle anzuwendende Verfahren unter Einbeziehung des RSA-Schlüssels neue kontinuierliche Pseudonyme erzeugen.

Eine Reidentifikation des Personenbezuges von Versicherten bei der Verarbeitung und Nutzung der Daten durch alle dazu berechtigten Stellen wird ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Nach erfolgter Überführung der temporären in periodenübergreifenden Pseudonyme ist die Vertrauensstelle verpflichtet, der Datenaufbereitungsstelle die Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme zu übermitteln und anschließend beide Listen zu löschen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die räumliche, organisatorische und personelle Eigenständigkeit der Vertrauensstelle. Damit soll sichergestellt werden, dass bei der Verschlüsselung der Daten keine Verbindungen zu anderen Datenbeständen und -verarbeitungsprozessen der nach § 303a bestimmten öffentlichen Stelle bestehen können.

Da es sich bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz durch die Vertrauensstelle in erster Linie um die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbeziehenden Daten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, ist es unabdingbar, dass die Vertrauensstelle dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I unterliegt und der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht.

Zu § 303d

Zu Absatz 1

Mit dieser Vorschrift wird bei der Datenaufbereitungsstelle die Datengrundlage für die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung und für Entscheidungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Strukturen der medizinischen Versorgung geschaffen. Durch die Datenaufbereitungsstelle sollen die Daten für die in § 303e Absatz 2 Nummer 1 bis 6 genannten Aufgaben aufbereitet und den nutzungsberechtigten Stellen zur Verfügung gestellt werden.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift regelt die räumliche, organisatorische und personelle Eigenständigkeit der Datenaufbereitungsstelle. Sie ist Folge der Trennung zwischen Datenverschlüsselung und -aufbereitung. Dadurch wird sichergestellt, dass Personen, die mit der Datenerhebung und -aufbereitung beschäftigt sind, keine Kenntnisse über die Verschlüsselung haben. Eine Zusammenführung mit anderen Datenbeständen der bestimmten öffentlichen Stelle wird vermieden.

Da es sich bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz durch die Datenaufbereitungsstelle in erster Linie um die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbeziehenden Daten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, ist es unabdingbar, dass die Datenaufbereitungsstelle dem Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I unterliegt und der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht.

Zu § 303e

Zu Absatz 1

Die Vorschrift benennt die Stellen und Institutionen, die die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen können. Ziel ist es, die Datengrundlage für die Versorgungsforschung deutlich zu verbessern und mit einer zuverlässigen Datenbasis die Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung des GKV-Systems zu unterstützen. Durch die Möglichkeit der Nutzung der bei der Datenaufbereitungsstelle pseudonymisiert zusammengeführten Daten durch die unabhängige Forschung können auch die für die Steuerung des Gesundheitssystems notwendigen wissenschaftlichen Analysen erstellt werden. Der Kreis der Nutzungsberechtigten wird vor diesem Hintergrund um den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Institut des Bewertungsausschusses, die oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, die Institution nach § 137a Absatz 1 und das DRG-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - InEK) erweitert. Neben den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden und deren nachgeordnetem Bereich sollen

die übrigen obersten Bundesbehörden im Rahmen ihrer Aufgaben nutzungsberechtigt sein.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 1 aufgeführten Nutzungsberechtigten für den Datenbestand bei der Datenaufbereitungsstelle können insbesondere für die unter den Nummern 1 bis 6 aufgeführten Zwecke die Daten verwenden. Voraussetzung für die Datenverarbeitung und -nutzung ist jedoch entweder eine der nutzungsberechtigten Stelle zugewiesene Aufgabe, zu deren Erfüllung die jeweiligen Daten benötigt werden, oder die Institutionen können eine Nutzung im öffentlichen Interesse bezüglich der unter den Nummern 1 bis 6 genannten Zwecke glaubhaft nachweisen. Die Datenaufbereitungsstelle regelt die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren. Damit sollen zum einen ein Teil der Kosten, die durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, refinanziert werden, und zum zweiten unnötige Routineanfragen bei der Datenaufbereitungsstelle vermieden werden. Diese Regelung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Regelung innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

Zu Absatz 3

Die Regelung verpflichtet die Datenaufbereitungsstelle bei jeder Datenanfrage einer berechtigten Stelle oder Institution zu prüfen, ob der Zweck dem Nutzungskatalog entspricht und ob der geforderte Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck erforderlich sind. Da für die Bereitstellung der Daten durch die Datenaufbereitungsstelle verschiedene Verfahren gewählt werden können (z.B. Datenübermittlung, kontrollierte Datenfernverarbeitung, Inhouse-Verfahren durch Bereitstellung von Arbeitsplätzen oder Bereitstellung als Scientific-Use-File), wird der Datenaufbereitungsstelle ebenfalls die Aufgabe zugewiesen, im Rahmen der Prüfung auch festzulegen, welches dieser Verfahren in dem speziellen Fall angewendet werden soll. Grundsätzlich sind die Daten anonymisiert bereitzustellen. Nur wenn für die genannten Zwecke die Nutzung anonymisierter Daten nicht ausreichend ist, können die Daten auch pseudonymisiert bereitgestellt werden; das Nähere zu den hierbei anzulegenden Kriterien wird nach § 303a Absatz 3 Nummer 4 in der Rechtsverordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 geregelt. Auch in diesen Ausnahmefällen ist durch das gewählte Pseudonymisierungsverfahren auszuschließen, dass eine Reidentifikation der Versicherten erfolgen kann.

Zu Nummer 84 (§ 321)

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zur Fortgeltung der bisher in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen bis der Gemeinsame Bundesausschuss von der ihm übertragenen Regelungskompetenz nach § 137f Absatz 2 Gebrauch gemacht hat.

Zu Artikel 2 (§ 35a Viertes Buch Sozialgesetzbuch)

Durch die Änderung werden die Rechte der Aufsichtsbehörden gegenüber dem Vorstand und dem Verwaltungsrat einer Krankenkasse gestärkt. In der Vergangenheit hat sich herausgestellt, dass selbst bei groben Pflichtverletzungen von Vorstandsmitgliedern, wie etwa vorsätzlichen Rechtsverletzungen, ein Beschluss des Verwaltungsrats, der das Vorstandsmitglied seines Amtes enthoben hätte, nicht zustande gekommen ist. Auf Grund der Bindung der Krankenkassen an Recht und Gesetz ist dies nicht zu rechtfertigen. Kommt der Verwaltungsrat künftig seiner Verpflichtung zur Amtsenthebung des Vorstandsmitglieds innerhalb einer angemessenen Frist nicht nach, erfolgt diese durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Um umgehend die ordnungsgemäße Geschäftsführung der Krankenkasse durch Wahl eines neuen Vorstandes auch im Fall eines Rechtsstreits zu gewährleisten, haben Rechtsbehelfe gegen die Amtsenthebung keine aufschiebende Wirkung.

Zu Artikel 3 (Zehntes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 66)

Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, nach dem aus Gründen der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung für die Vollstreckung durch die Krankenkassen generell das Vollstreckungsrecht des Bundes Anwendung finden soll. Aufgrund des Voranschreitenden Fusionsprozesses der Krankenversicherungsträger sind landesunmittelbare Krankenkassen zunehmend über ein Bundesland hinaus tätig. Dies führt in der Praxis zu Problemen wenn außerhalb des Sitzlandes vollstreckt werden soll.

Die Regelung sieht vor, dass abweichend von Satz 1 für die Vollstreckung zugunsten landesunmittelbarer Krankenkassen einheitlich das Verwaltungs-Vollstreckungsrecht gilt. Die zuständige Vollstreckungsbehörde bestimmt sich weiterhin nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften.

§ 66 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 des Zehnten Buches bleiben unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Mit der Neuregelung wird den obersten Bundesbehörden die Option eingeräumt, bei Anträgen von Versicherungsträgern der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung auf Genehmigung der Übermittlung von Sozialdaten das Genehmigungsverfahren auf das Bundesversicherungsamt zu übertragen. Damit wird den obersten Bundesbehörden die Möglichkeit gegeben, sich von diesen nicht zu den ministeriellen Kernaufgaben gehörenden Verwaltungsverfahren zu entlasten und diese an das mit dem erforderlichen juristischen und medizinischen Sachverstand ausgestattete Bundesversicherungsamt zu delegieren.

Zu Artikel 4 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 35)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum § 19 Absatz 1a - neu - SGB V, mit dem klar gestellt wird, dass im Falle eines Kassenwechsels anlässlich einer Schließung oder Insolvenz nach §§ 153, 163, 170, 171b SGB V ein nahtloser Versicherungsschutz gewährt wird und Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse fortgelten.

Ebenso wie nach § 19 Absatz 1a SGB V soll bei einem Wechsel der Pflegekasse wegen Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse der bisherige Vertrauensschutz in Leistungszusagen erhalten bleiben. Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse können nur unter denselben Voraussetzungen zurück genommen werden, wie dies bei einer Fortsetzung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Pflegekasse der Fall gewesen wäre.

Zu Nummer 2 (§ 40)

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl Vorsorgezwecken (§ 23 des Fünften Buches), der Krankenbehandlung, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Behinderungsausgleich (§ 33 des Fünften Buches) als auch der Pflegeererleichterung, der Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung (§ 40 des Elften Buches) dienen können, werden die Prüfung der Leistungszuständigkeit und die Bewilligung der Leistungen vereinfacht. Künftig soll der angegangene Leistungsträger nach den für die Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung geltenden Rechtsvorschriften, d.h. auch den für den jeweils anderen Leistungsträger geltenden Regelungen, über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel abschließend entscheiden. Auf eine genaue Zuordnung zu dem jeweiligen Leistungsträger kommt es dabei nicht mehr an. Für die betroffenen Hilfsmittel ist eine pau-

schale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Kranken- und Pflegekasse vorgesehen. Die verbindliche nähere Ausgestaltung dieser Vorschrift wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen, der gleichzeitig als Spitzenverband Bund der Pflegekassen fungiert und grundsätzlich die Gewähr für eine sachgerechte Wahrnehmung dieser Aufgabe bietet. Er bestimmt zum einem, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses der gesetzlichen Krankenversicherung und des Pflegehilfsmittelverzeichnisses der sozialen Pflegeversicherung zu den Hilfsmitteln mit doppelter Zweckbestimmung gehören, und zum anderen die Kostenaufteilungsquote. Die vorgesehene Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit soll sicherstellen, dass dabei die Zielsetzung der gesetzlichen Vorgaben beachtet wird, keine damit nicht in Einklang stehenden Leistungsverschiebungen erfolgen und den Versicherten keine Nachteile entstehen.

Die Pauschalierung der Ausgaben soll die bisher erforderliche aufwändige und vor allem konfliktträchtige Abgrenzung der Leistungszuständigkeit im Einzelfall ersetzen. Die Regelung dient somit der Verwaltungsvereinfachung und soll darüber hinaus verhindern, dass sich einzelne Krankenkassen durch die Verlagerung von Leistungen auf die jeweilige Pflegekasse ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile verschaffen. Die neue Vorschrift dient lediglich der internen Abgrenzung zwischen Kranken- und Pflegekasse, sie hat keine Auswirkungen auf die Ansprüche der Versicherten. Sie führt weder zu einer Ausweitung noch zu einer Einschränkung bisher bestehender Rechtsansprüche auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Im Zusammenhang mit der Pauschalierung wird jedoch die Zuzahlung für die betroffenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel angeglichen, damit keine Ungleichbehandlung der Versicherten stattfindet. Des Weiteren wird zur Entlastung der Krankenkassen und Pflegekassen die Prüfung des Leistungsanspruchs vereinheitlicht.

Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege befinden, haben keine Ansprüche auf Pflegehilfsmittel nach dem Elften Buch, denn der Anspruch auf Pflegehilfsmittel nach § 40 bezieht sich ausschließlich auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 28 Absatz 2 zur Hälfte. In diesen beiden Fallgruppen ist eine pauschale Aufteilung zwischen Kranken- und Pflegekasse nicht möglich. Hier muss es wegen der Systemunterschiede bei einer Zuordnung zu einem System und der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch den zuständigen Versicherungszweig bleiben.

Durch die neue Regelung wird die bisherige Verordnungsermächtigung in § 40 Absatz 5 überflüssig und kann entfallen.

Zu Artikel 5 (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 39)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 72 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 257 Absatz 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch).

Zu Nummer 2 (§ 50)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 71 (§ 256 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch).

Zu Artikel 6 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Zu Nummern 1 bis 3

Klarstellung, dass es sich bei den Daten, die einzelne Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für Zwecke der Kalkulation für das DRG-Entgeltsystem nach § 17 b KHG oder für das Psych-Entgeltsystem nach § 17 d KHG zur Verfügung stellen, um vertrauliche Daten handelt, für die insofern als vorgehende Rege-

lung im Sinne des § 3 Nummer 4 Informationsfreiheitsgesetz (IFG) eine Übermittlung an Dritte nicht zulässig ist. Die Veröffentlichung aggregierter Ergebnisse, die eine Identifikation einzelner Krankenhäuser nicht ermöglicht, ist unverändert zulässig.

Zu Artikel 7 (Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Zu Buchstabe a

Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch umfasst.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Regelung zu Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Änderung des § 39 Absatz 1 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 21)

Für die Entwicklung der Entgeltsysteme nach §§ 17b und 17d KHG für Krankenhausleistungen ist es von erheblichem Interesse, fall- und krankenhausesübergreifende Verläufe analysieren zu können. Hierfür ist die Übermittlung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer (KV-Nummer) nach § 290 Absatz 1 Satz 2 bzw. § 291a Absatz 1a Satz 2 SGB V im Rahmen des an die DRG-Datenstelle zu übermittelnden Datensatzes nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 erforderlich. Wenn für einzelne Patientinnen und Patienten eine entsprechende KV-Nummer nicht existiert, ist wie bisher das krankenhausesinterne Kennzeichen des Behandlungsfalles zu übermitteln. Hierdurch können zumindest Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus erfasst werden. Dies ist zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Vergütungsregelungen bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus erforderlich.

Die KV-Nummer wird benötigt, um einerseits bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems auch Verlegungen zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern analysieren zu können, die derzeit nicht von der Fallzusammenführungsregelung bei Wiederaufnahmen nach § 2 der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG erfasst werden. Da § 21 KHEntG nur die Übermittlung eines krankenhausesinternen Kennzeichens des Behandlungsfalles vorsieht, können bei der Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems bislang Verlegungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern nicht berücksichtigt werden.

Für PKV-Versicherte und Selbstzahler steht derzeit eine KV-Nummer nicht flächendeckend zur Verfügung, weil diese an die (fakultative) Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch die PKV-Unternehmen geknüpft ist (§ 291a Absatz 1a SGB V). Bis zur Einführung der KV-Nummer bleibt es daher für diese Patientengruppe bei der auch bisher erfolgten Übermittlung einer krankenhausesinternen Fallnummer.

Andererseits ist die Angabe für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems nach § 17d KHG für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen erforderlich. Nur auf diesem Wege können fall- und krankenhausesübergreifende Verläufe analysiert werden. Dies ist angesichts der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erforderlich, bei der sich stationäre und ambulante Behandlungsphasen oftmals abwechseln. Der Gesetzgeber hat dementsprechend für die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems explizit eine Prüfung verlangt, ob auch die ambulanten Leistungen

der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können und ob neben Tagespauschalen auch andere Abrechnungseinheiten (z. B. Fallpauschalen, Komplexpauschalen) möglich sind. Psychiatrische Institutsambulanzen haben an die DRG-Datenstelle nach § 295 Absatz 1b Satz 3 SGB V die in Absatz 1 dieser Vorschrift genannten Abrechnungsdaten zu übermitteln. Diese umfassen u. a. Diagnosen, Prozeduren sowie die Versichertenstammdaten einschließlich der KV-Nummer. Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und Fachabteilungen (Einrichtungen) übermitteln dagegen nach § 21 KHEntgG nur ein krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalls, nicht jedoch die KV-Nummer. Das DRG-Institut, das der Gesetzgeber mit der Entwicklung des Psych-Entgeltsystems beauftragt hat, kann daher für seine Kalkulation- und Analysezwecke die Versorgungsverläufe von Patienten nicht zusammenführen. Dies gilt sowohl für Patientinnen und Patienten, die in einer stationären psychiatrischen Einrichtung und in einer psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, als auch für Patientinnen und Patienten, die in verschiedenen stationären psychiatrischen Einrichtungen behandelt wurden.

Die erwähnten Übermittlungsvorschriften nach § 295 Absatz 1b Satz 3 SGB V gelten für PKV-Versicherte und Selbstzahler nicht. Darüber hinaus steht derzeit die KV-Nummer für diese Patientengruppe nur fakultativ zur Verfügung und es gelten bei ambulanter Behandlung unterschiedlich Abrechnungsregelungen (Abrechnung nach GOÄ im Rechtsverhältnis Leistungserbringer und zahlungspflichtiger Patient). Vor diesem Hintergrund können die Versorgungsverläufe für diese Patientengruppe nicht zusammengeführt werden.

Die KV-Nummer ist nach § 21 Absatz 3 nur an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf nach § 21 Absatz 3 Satz 2 die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Die näheren Einzelheiten der Datenübermittlung sind nach § 21 Absatz 4 im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik zu vereinbaren.

Mit der Vorgabe, dass nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung der Personenbezug nicht mehr möglich sein darf, wird sichergestellt, dass von der DRG-Datenstelle nach Zusammenführung der auf einen Versicherten bezogenen Behandlungsfälle an Dritte nur die Information weitergeleitet werden darf, dass es sich um bei demselben Versicherten aufgetretene Behandlungsfälle handelt. Der Personenbezug (die KV-Nummer oder ein auf dieser basierendes Pseudonym) ist vor der Weiterleitung an Dritte von der DRG-Datenstelle zu entfernen.

Zu Artikel 8 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch umfassen.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zur Änderung des § 39 Absatz 1 SGB V.

Zu Artikel 9 (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 12)

Die bisherige Regelung, nach der bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird als Folgeänderung zur Neufassung des § 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V aufgehoben. Vorgesehen wird im Übrigen, dass soweit auf Grund regionaler Besonderheiten zum Zwecke einer bedarfsgerechten

Versorgung von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V (neu) abgewichen wird, die Abweichungen im Bedarfsplan zu kennzeichnen und zu begründen sind.

Zu Nummer 2 (§ 13)

Folgeänderung zu § 99 Absatz 1 SGB V über die Beteiligung der zuständigen Landesbehörden in der Planung und die Vorlagepflicht der aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne bei den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden.

Zu Nummer 3 (§ 14)

Folgeänderung zu § 90 Absatz 4 bis 6 SGB V über das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen und die Vorlagepflicht der Entscheidungen der Landesausschüsse zur Prüfung durch die Aufsichtsbehörden.

Zu Nummer 4 (§ 18)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 2 neu gefasst. Geändert wird lediglich die neue Nummer 5 (ehemals Buchstabe e). Es erfolgt eine sprachliche Anpassung an die Änderung des § 21 Ärzte-ZV.

Zu Nummer 5 (§ 19)

Aufgrund der neuen Nummer 12 des § 98 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die bestimmt, dass in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auch die Voraussetzungen für die Befristung von Zulassungen zu regeln sind, wird mit dem neuen Absatz 4 erstmals die Möglichkeit geschaffen, vertragsärztliche Zulassungen zu befristen. Die Regelung dient dem Ziel, perspektivisch die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Eine Befristung von Zulassungen ist nur in offenen Planungsbereichen möglich, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad mindestens 100 Prozent erreicht. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozent überschritten wird und der Landesausschuss nach § 103 Absatz 1 SGB V Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet hat, können im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 auch weiterhin nur unbefristete Zulassungen erteilt werden.

Der Zulassungsausschuss hat über die Befristung einer Zulassung nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Da das Gesetz keine Vorgaben über den Befristungszeitraum enthält, ist auch dieser allein nach pflichtgemäßem Ermessen des Zulassungsausschusses festzulegen. In Betracht kommen insbesondere Befristungszeiträume von mehreren Jahren. Bei der Festlegung des Befristungszeitraums sind neben den Versorgungsbedürfnissen auch die Interessen des zugelassenen Vertragsarztes zu berücksichtigen, dem es möglich sein muss, die mit der Praxisgründung typischerweise verbundenen Investitionskosten während der Dauer der Zulassung zu refinanzieren. Darüber hinaus hat der Zulassungsausschuss auch die Möglichkeit, die Befristung an das Erreichen eines bestimmten Lebensalters des Vertragsarztes oder das Ende der beruflichen Tätigkeit zu knüpfen.

Im Falle einer Befristung endet die Zulassung mit Ablauf des Befristungszeitraumes (vgl. Änderung von § 95 Absatz 7 SGB V). Ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 SGB V findet nicht statt. Dies gilt aufgrund des neu eingefügten zweiten Halbsatzes in § 103 Absatz 4 Satz 2 SGB V auch dann, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf des Befristungszeitraumes auf seine Zulassung verzichtet. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Ausschluss des Nachbesetzungsverfahrens nicht durch einen vorzeitigen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung umgangen werden kann.

Endet die Zulassung mit Ablauf des Befristungszeitraumes und sind zu diesem Zeitpunkt für den Planungsbereich, in dem sich der Vertragsarztsitz befindet, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet, steht es dem Vertragsarzt frei, eine neue Zulassung zu beantragen. Eine Benachteiligung gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die sich in dem Planungsbereich neu niederlassen wollen, findet damit nicht statt.

Zu Nummer 6 (§ 20)

Die Neufassung bewirkt eine weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung und führt zu einer Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der bisherigen Fassung von § 20 Absatz 1 Satz 1 sind neben einer vollen vertragsärztlichen Zulassung weitere Tätigkeiten in einem zeitlichen Umfang von bis zu 13 Stunden wöchentlich zulässig, neben einer halben Zulassung bis zu 26 Stunden wöchentlich. Diese starren Zeitgrenzen stehen einer den jeweiligen Umständen des Einzelfalls angemessenen und flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Durch die Neufassung wird deshalb klargestellt, dass es für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten neben einer vertragsärztlichen Tätigkeit maßgeblich darauf ankommt, dass die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet, ist künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich. Unabhängig davon bleibt es dabei, dass die vertragsärztliche Tätigkeit bei einem vollem Versorgungsauftrag grundsätzlich als Vollzeittätigkeit angelegt ist (§ 19a Absatz 1).

Zu Nummer 7 (§ 21)

Die bisherige Regelung, nach der eine Ärztin oder ein Arzt mit geistigen Mängeln ungeeignet für die Ausübung der Kassenpraxis ist, wird sprachlich neu formuliert. Gesundheitliche oder sonstige in der Person liegende schwerwiegende Gründe können die Gewähr für eine dauerhafte ordnungsgemäße Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ausschließen und daher einer Zulassung entgegenstehen bzw. die Entziehung der Zulassung rechtfertigen. Die Zulassungsbehörde hat nach den ihr bekannten Tatsachen und Erklärungen der Ärztin oder des Arztes, insbesondere über das polizeiliche Führungszeugnis und den Angaben zu einer Suchterkrankung (§ 18 Absatz 2), zu beurteilen, ob die ordnungsgemäße Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Person der Ärztin oder des Arztes gewährleistet ist.

Die bisherige Fünfjahresfrist bei Trunksucht oder Rauschgiftsucht, die damit begründet wurde, dass erst nach dieser Frist beurteilt werden könne, ob die/ der süchtig gewesene Ärztin/ Arzt ohne die Gefahr eines baldigen Rückfalls als von dieser Sucht geheilt angesehen werden kann, und die nach der Rechtsprechung einer individuellen Zukunftsprognose nach Abschluss suchttherapeutischer Maßnahmen nicht zugänglich war, wird durch eine widerlegbare Regelvermutung ersetzt. Die Ärztin oder der Arzt hat damit zukünftig die Möglichkeit, durch geeignete Nachweise die Vermutung zu widerlegen. Um gewichtige Zweifel an der gesundheitlichen Eignung auszuräumen, kann der Zulassungsausschuss eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustandes der Ärztin oder des Arztes auf dessen Kosten verlangen. Der Zulassungsausschuss hat die Frist zur Vorlage des Gutachtens und den die Untersuchung vornehmenden Sachverständigen eigenverantwortlich zu bestimmen. Ihre Anordnung muss inhaltlich ausreichend bestimmt sein und erkennen lassen, mit welchen Fragen zum Gesundheitszustand sich der Gutachter befassen soll. Die Regelung orientiert sich an der entsprechenden Regelung für die Anwaltszulassung nach § 15 BRAO.

Zu Nummer 8 (§ 24)

Zu Buchstabe a

§ 24 Absatz 2 Satz 2 sieht bislang vor, dass ein Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen hat, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht. Diese so genannte Residenzpflicht des Vertragsarztes bedeutet, dass der Vertragsarzt in sprechstundenfreien Zeiten seinen Vertragsarztsitz in angemessener Zeit erreichen können muss, wenn dies – außer in Zeiten des organisierten Notfalldienstes – zur Versorgung von Versicherten erforderlich ist. Bereits nach geltendem Recht gilt die Residenzpflicht für den Vertragsarzt nicht, soweit sich der Vertragsarztsitz in einem unterversorgten Gebiet befindet; mit der Änderung wird sie auch für nicht unterversorgte Gebiete aufgehoben. Die Aufhebung der Residenzpflicht befreit den Vertragsarzt jedoch nicht von der Teilnahme am organisierten Notdienst. Vielmehr bleiben die für den Vertragsarzt maßgeblichen Regelungen zur Teilnahme am organisierten Notdienst unberührt, damit die Notfallversorgung nicht gefährdet wird.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird die gesetzliche Vorgabe, nach der eine vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten zulässig ist, wenn dadurch die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird, präzisiert. Es wird klargestellt, dass bei der Entscheidung über die Genehmigung z.B. nicht schematisch auf die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und der Zweigpraxis oder auf die erforderliche Fahrzeit abzustellen ist. Vielmehr stehen die beiden Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis – Versorgungsverbesserung am neuen Tätigkeitsort und Gewährleistung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz – in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die Frage, ob die Versorgung am Vertragsarztsitz gewährleistet ist, lässt sich regelmäßig erst dann beurteilen, wenn feststeht, mit welchem zeitlichen Einsatz die Versorgung an dem weiteren Tätigkeitsort verbessert werden soll. Durch die Aufhebung der Residenzpflicht entfällt zudem die Pflicht des Vertragsarztes, seinen Vertragsarztsitz auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in angemessener Zeit erreichen zu können.

Durch die Ergänzung werden die Zulassungsausschüsse stärker als bisher dazu angehalten, bei der Genehmigungsentscheidung, die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und den Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz zu setzen. Führt die Tätigkeit an dem weiteren Ort zu geringfügigen Beeinträchtigungen der Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind diese unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden. Je größer der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ist, desto eher sind Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragsarztsitz hinzunehmen. Durch die Ergänzung erhalten die Zulassungsausschüsse die nötige Flexibilität, um die Eröffnung von Zweigpraxen vor allem dort zu genehmigen, wo dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Unterversorgung besonders sinnvoll ist.

Zu Buchstabe c

Das bisherige Recht gewährt einem Vertragsarzt die Möglichkeit, seinen Vertragsarztsitz zu verlegen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Zulassungsausschüsse bei der Prüfung eines Antrages auf Verlegung des Vertragsarztsitzes vorrangig darauf zu achten haben, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Verlegung des Vertragsarztsitzes nicht entgegenstehen. Führt damit z.B. die Verlegung eines Vertragsarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil, in dem sich der Vertragsarztsitz derzeit befindet, hat der Zulassungsausschuss den Verlegungsantrag abzulehnen.

Zu Nummer 9 (§ 31)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 1 neu gefasst. Lediglich in der neuen Nummer 1 (ehemals Buchstabe a) ergeben sich Folgeänderungen zur Änderung der §§ 116 und 116a SGB V.

Zu Nummer 10 (§ 31a)

Aufgrund der notwendigen Folgeänderung zur Änderung des § 116 SGB V wurde Satz 1 zugunsten einer besseren Verständlichkeit in Form einer Aufzählung neu gefasst.

Zu Nummer 11 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Regelung soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht werden. Um den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Vertragsärztin vor und nach der Geburt eines Kindes besser zu begegnen, wird die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, von sechs auf zwölf Monate verlängert.

Zu Buchstabe b

Auch die Änderungen im zweiten Absatz dienen einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Um Vertragsärzten und -ärztinnen auch nach der Geburt eine bessere an den jeweiligen Bedürfnissen und Erfordernissen ausgerichtete Balance zwischen ihrer freiberuflichen Tätigkeit und ihrer Familie zu ermöglichen, wird die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate geschaffen. Dieser Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen werden. Weiterhin wird, auch in Anlehnung an das Pflegezeitgesetz, die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Pflege von Angehörigen für 6 Monate eröffnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten zudem die Möglichkeit, die jeweiligen Zeiträume zu verlängern.

Zu Nummer 12 (§ 32b)

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 9b SGB V. Aufgrund der Vorschrift des § 1 Absatz 3 Nummer 2 gilt die Regelung auch für Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren.

Zu Nummer 13 (§ 33)

Es wird klargestellt, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Verschleierung einer unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern gegründet werden darf. Dies gilt nach § 1 Absatz 3 Ärzte-ZV auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Insbesondere die Verteilung von Gewinnen aus der gemeinsamen Berufsausübung in Abhängigkeit von Zuweisungszahlen verstößt gegen das Verbot der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt nach § 73 Absatz 7 SGB V (neu). Die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft durch den Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen verweigert oder nach Maßgabe der Bundesmantelverträge gemäß § 33 Absatz 3 Satz 5 Ärzte-ZV mit Auflagen verbunden werden, um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten.

Zu Artikel 10 (Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Um Sanitätsoffizieren Zahnarzt der Bundeswehr nach Beendigung ihrer Dienstzeit die Niederlassung als Vertragszahnarzt zu erleichtern, kann im Rahmen der zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte nach § 95 Absatz 2 SGB V die nach § 3 Absatz 3

Satz 1 mindestens sechs Monate dauernde Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Vertragszahnarztes mit bis zu drei Monaten durch eine Tätigkeit in einer Zahnstation der Bundeswehr ersetzt werden. Die Sanitätsoffiziere sind im Rahmen der truppenzahnärztlichen Versorgung nach den Richtlinien für den Sanitätsdienst der Bundeswehr vergleichbar den Vertragszahnärzten tätig und rechnen in dem der vertragszahnärztlichen Versorgung entsprechenden Umfang auch über die Kassen-zahnärztlichen Vereinigungen mit den zuständigen Wehrbereichsverwaltungen ab. Insoweit rechtfertigen die berufspraktischen Erfahrungen der Sanitätsoffiziere die teilweise Anrechnung, um zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu qualifizieren.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Die bisherige Regelung, nach der bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird als Folgeänderung zur Neufassung des § 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V aufgehoben. Vorgesehen wird im Übrigen, dass soweit auf Grund regionaler Besonderheiten zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V (neu) abgewichen wird, die Abweichungen im Bedarfsplan zu kennzeichnen und zu begründen sind.

Zu Nummer 3 (§ 13)

Folgeänderung zu § 99 Absatz 1 SGB V über die Beteiligung der zuständigen Landesbehörden in der Planung und die Vorlagepflicht der aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne bei den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden.

Zu Nummer 4 (§ 14)

Folgeänderung zu § 90 Absatz 4 bis 6 SGB V über das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen und die Vorlagepflicht der Entscheidungen der Landesausschüsse zur Prüfung durch die Aufsichtsbehörden.

Zu Nummer 5 (§ 18)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 2 neu gefasst. Geändert wird lediglich die neue Nummer 5 (ehemals Buchstabe e). Es erfolgt eine sprachliche Anpassung an die Änderung des § 21 Zahnärzte-ZV.

Zu Nummer 6 (§20)

Die Neufassung bewirkt eine weitere Flexibilisierung der vertragszahnärztlichen Berufsausübung und führt zu einer Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der gleichlautenden bisherigen Fassung des § 20 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV sind neben einer vollen vertragsärztlichen Zulassung weitere Tätigkeiten in einem zeitlichen Umfang von bis zu 13 Stunden wöchentlich zulässig, neben einer halben Zulassung bis zu 26 Stunden wöchentlich. Diese starren Zeitgrenzen stehen einer den jeweiligen Umständen des Einzelfalls angemessenen und flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Durch die Neufassung wird deshalb klargestellt, dass es für die Zulässigkeit von weiteren Tätigkeiten auch neben einer vertragszahnärztlichen Tätigkeit maßgeblich darauf ankommt, dass die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt trotz der Arbeitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragszahnärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet, ist künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen möglich.

Zu Nummer 7 (§ 21)

Die bisherige Regelung, nach der eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt mit geistigen Mängeln ungeeignet für die Ausübung der Kassenpraxis ist, wird sprachlich neu formuliert. Gesundheitliche oder sonstige in der Person liegende schwerwiegende Gründe können die Gewähr für eine dauerhafte ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ausschließen und daher einer Zulassung entgegenstehen bzw. die Entziehung der Zulassung rechtfertigen. Die Zulassungsbehörde hat nach den ihr bekannten Tatsachen und Erklärungen der Zahnärztin oder des Zahnarztes, insbesondere über das polizeiliche Führungszeugnis und den Angaben zu einer Suchterkrankung (§ 18 Absatz 2), zu beurteilen, ob die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der Person der Zahnärztin oder des Zahnarztes gewährleistet ist.

Die bisherige Fünfjahresfrist bei Trunksucht oder Rauschgiftsucht, die damit begründet wurde, dass erst nach dieser Frist beurteilt werden könne, ob die/ der süchtig gewesene Zahnärztin/ Zahnarzt ohne die Gefahr eines baldigen Rückfalls als von dieser Sucht geheilt angesehen werden kann, und die nach der Rechtsprechung einer individuellen Zukunftsprognose nach Abschluss suchttherapeutischer Maßnahmen nicht zugänglich war, wird durch eine widerlegbare Regelvermutung ersetzt. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt hat damit zukünftig die Möglichkeit, durch geeignete Nachweise die Vermutung zu widerlegen. Um gewichtige Zweifel an der gesundheitlichen Eignung auszuräumen, kann der Zulassungsausschuss eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustandes der Zahnärztin oder des Zahnarztes auf dessen Kosten verlangen. Der Zulassungsausschuss hat die Frist zur Vorlage des Gutachtens und den die Untersuchung vornehmenden Sachverständigen eigenverantwortlich zu bestimmen. Ihre Anordnung muss inhaltlich ausreichend bestimmt sein und erkennen lassen, mit welchen Fragen zum Gesundheitszustand sich der Gutachter befassen soll. Die Regelung orientiert sich an der entsprechenden Regelung für die Anwaltszulassung nach § 15 BRAO.

Zu Nummer 8 (§ 24)

Zu Buchstabe a

§ 24 Absatz 2 Satz 2 sieht bislang vor, dass eine Vertragszahnärztin bzw. ein Vertragszahnarzt seine Wohnung so zu wählen hat, dass er für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz zur Verfügung steht. Diese so genannte Residenzpflicht der Vertragszahnärztin bzw. des Vertragszahnarztes bedeutet, dass diese in sprechstundenfreien Zeiten ihren Vertragszahnarztsitz in angemessener Zeit erreichen können müssen, wenn dies – außer in Zeiten des organisierten Notfalldienstes – zur Versorgung von Versicherten erforderlich ist. Die Aufhebung der Residenzpflicht befreit die Vertragszahnärztin bzw. den Vertragsarzt jedoch nicht von der Teilnahme am organisierten Notdienst. Vielmehr bleiben die maßgeblichen Regelungen zur Teilnahme am organisierten Notdienst unberührt, damit die Notfallversorgung nicht gefährdet wird.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird die gesetzliche Vorgabe, nach der eine vertragszahnärztliche Tätigkeit an weiteren Orten zulässig ist, wenn dadurch die Versorgung am Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz nicht beeinträchtigt wird, präzisiert. Es wird klargestellt, dass bei der Entscheidung über die Genehmigung z.B. nicht schematisch auf die Entfernung zwischen dem Vertragszahnarztsitz und der Zweigpraxis oder auf die erforderliche Fahrzeit abzustellen ist. Vielmehr stehen die beiden Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis – Versorgungsverbesserung am neuen Tätigkeitsort und Gewährleistung der Versorgungspräsenz am Vertragszahnarztsitz – in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die Frage, ob die Versorgung am Vertragszahnarztsitz gewährleistet ist, lässt sich regelmäßig erst dann beurteilen, wenn feststeht, mit welchem zeitlichen Einsatz die

Versorgung an dem weiteren Tätigkeitsort verbessert werden soll. Durch die Aufhebung der Residenzpflicht entfällt zudem die Pflicht der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes, den Vertragsarztsitz auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in angemessener Zeit erreichen zu können.

Durch die Ergänzung werden die Zulassungsausschüsse stärker als bisher dazu angehalten, bei der Genehmigungsentscheidung, die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und den Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragszahnarztsitz zu setzen. Führt die Tätigkeit an dem weiteren Ort zu geringfügigen Beeinträchtigungen der Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind diese unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden. Je größer der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ist, desto eher sind Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragszahnarztsitz hinzunehmen. Durch die Ergänzung erhalten die Zulassungsausschüsse die nötige Flexibilität, um die Eröffnung von Zweigpraxen vor allem dort zu genehmigen, wo dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Unterversorgung besonders sinnvoll ist.

Zu Buchstabe c

Das bisherige Recht gewährt einem Vertragszahnarzt die Möglichkeit, seinen Vertragszahnarztsitz zu verlegen, wenn Gründe der vertragszahnärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Zulassungsausschüsse bei der Prüfung eines Antrages auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes vorrangig darauf zu achten haben, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Verlegung des Vertragszahnarztsitzes nicht entgegenstehen. Führt damit z.B. die Verlegung eines Vertragszahnarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil, in dem sich der Vertragszahnarztsitz derzeit befindet, hat der Zulassungsausschuss den Verlegungsantrag abzulehnen.

Zu Nummer 9 (§ 31)

Aufgrund der Rechtsförmlichkeit wird der Absatz 1 neu gefasst. Lediglich in der neuen Nummer 1 (ehemals Buchstabe a) ergeben sich Folgeänderungen zur Änderung der §§ 116 und 116a SGB V.

Zu Nummer 10 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Regelung soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht werden. Um den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Vertragszahnärztin vor und nach der Geburt eines Kindes besser zu begegnen, wird die Möglichkeit für Vertragszahnärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, von sechs auf zwölf Monate verlängert.

Zu Buchstabe b

Auch die Änderungen im zweiten Absatz dienen einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Um Vertragszahnärzten und Vertragszahnärztinnen auch nach der Geburt eine bessere an den jeweiligen Bedürfnissen und Erfordernissen ausgerichtete Balance zwischen ihrer freiberuflichen Tätigkeit und ihrer Familie zu ermöglichen, wird die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate geschaffen. Dieser Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen werden. Weiterhin wird, auch in Anlehnung an das Pflegezeitgesetz, die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Pflege von Angehörigen für 6 Monate eröffnet. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erhalten zudem die Möglichkeit, die jeweiligen Zeiträume zu verlängern.

Zu Nummer 11 (§ 32b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um die Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zum neuen § 95 Absatz 9b SGB V. Aufgrund der Vorschrift des § 1 Absatz 3 gilt die Regelung auch für Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren.

Zu Nummer 12 (§ 33)

Es wird klargestellt, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Verschleierung einer unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen bzw. Vertragszahnärzten und anderen Leistungserbringern gegründet werden darf. Insbesondere die Verteilung von Gewinnen aus der gemeinsamen Berufsausübung in Abhängigkeit von Zuweisungszahlen verstößt gegen das Verbot der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt nach § 73 Absatz 7 SGB V (neu). Die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft durch den Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen verweigert oder nach Maßgabe der Bundesmantelverträge gemäß § 33 Absatz 3 Satz 5 Zahnärzte-ZV mit Auflagen verbunden werden, um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten.

Zu Artikel 11 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§§ 28b, 28c)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Regelungsgegenstände von § 28 b Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 und Absatz 3 werden unmittelbar im Gesetz geregelt (siehe § 137f Absatz 2 Satz 3 und Satz 6, § 137g Absatz 2). Zwischenzeitlich wegen Zeitablaufs obsolet gewordene Übergangsvorschriften (insbesondere § 28 b Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4) entfallen ersatzlos.

Zu Nummer 2 (§ 28d)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung der Überschrift folgt aus der Anpassung der Verordnungsermächtigung in § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Durch die Streichung wird erreicht, dass es für die Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nur einer schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin bedarf, aber nicht mehr einer gesonderten schriftlichen Bestätigung (bzw. Unterschrift) der Erstdokumentation. Das bisherige Verfahren der Einschreibung der Versicherten wird ansonsten beibehalten, die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose erfolgt – wie bisher auch – in der Regel mit der Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm. Das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation kann aufgrund der inzwischen flächendeckend eingeführten verpflichtenden elektronischen Dokumentationsverfahren, welche in die Praxisverwaltungssysteme integriert sind und eine gute Handhabung erlauben, entfallen. Dies führt zu einer Erleichterung in der Arztpraxis und Entlastung der koordinierenden Ärzte, indem die letzten papiergebundenen

Verfahren (Versandliste) bei der Erstdokumentation entbehrlich werden und der entsprechende Verwaltungsaufwand damit beseitigt wird.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Da neben den quartalsbezogenen zu erstellenden Folgedokumentationen nun auch die Erstdokumentation zu ihrer Gültigkeit nicht mehr der Unterschrift des Arztes oder der Ärztin bedarf, ist eine Herausstellung des fehlenden Unterschriftserfordernisses hier entbehrlich.

Zu Buchstabe d

Die zwischenzeitlich wegen Zeitablaufs obsolet gewordenen Übergangsvorschriften entfallen ersatzlos.

Zu Nummer 3 (§ 28e)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Nummer 4 (§ 28f)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung der Überschrift folgt aus der Anpassung der Verordnungsermächtigung in § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstaben aa bis cc

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die Erstdokumentation zu ihrer Gültigkeit nicht mehr der Unterschrift des Arztes oder der Ärztin bedarf.

Zu Buchstabe e

Die Aufhebung der Übergangsvorschriften erfolgt wegen des zwischenzeitlichen Zeitablaufs sowie als Folgeänderung, da die Erstdokumentation zu ihrer Gültigkeit nicht mehr der Unterschrift des Arztes oder der Ärztin bedarf.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe g

Diese Regelung entspricht der bisherigen Regelung in § 28g Absatz 4. Die Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten werden nun in § 28f geregelt.

Zu Nummer 5 (§ 28g)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die bisherige Aufgabe des Bundesversicherungsamts nach Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung a.F., durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind, entfällt. Die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet insbesondere auch die Vorgabe jeweils erforderlicher methodischer Kriterien für die Evaluation. Dies ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss neben der Festlegung der Inhalte der Programme (inklusive der Dokumentationen) auch die Festlegung der Auswertung von deren Ergebnissen (Auswirkungen der Versorgung in den Programmen).

Die bisherige Regelung in Absatz 4 wird als Anforderung an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g SGB V erforderlichen personenbezogenen Daten nun in § 28f Absatz 4 geregelt.

Die bisherige Regelung in Absatz 5 ist wegen der Einführung der regelhaften unbefristeten Zulassung obsolet.

Zu Nummer 6 (§ 28h)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 7 (§ 37)

Da die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a SGB V nicht die Aufwendungen der Krankenkassen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Absatz 6 SGB V – neu decken sollen, müssen diese bei der Berechnung der Zuweisungen durch das Bundesversicherungsamt unberücksichtigt bleiben.

Zu Nummer 8 (§ 38)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 9 (Anlagen)

Die Aufhebung folgt aus der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Der neue § 19 Absatz 1a SGB V tritt rückwirkend zum 1. Mai 2011 in Kraft. Damit findet die Klarstellung zur Fortgeltung der Leistungsentscheidungen einer geschlossenen Krankenkasse auch schon hinsichtlich der Schließung der City-BKK Anwendung. Gleiches gilt für die Änderung des § 217f SGB V. Um eine nahtlose Leistungsgewährung an die Versicherten der geschlossenen City BKK sicherzustellen, bei denen die Übernahme durch eine neue Krankenkasse am 1. Juli 2011 noch nicht abgeschlossen war, hat der GKV-Spitzenverband die City BKK in Abwicklung beauftragt, die erforderlichen Leistungen an diese Versicherten für die Dauer von längstens einem Quartal zu erbringen. Andernfalls hätten die Betroffenen die ihnen zustehenden Leistungen nur unter großen Schwierigkeiten erhalten können. Durch das rückwirkende Inkrafttreten wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband zu dieser Entscheidung berechtigt war. Bedenken unter dem Gesichtspunkt des verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbots bestehen nicht, da hierdurch keine in der Vergangenheit abgeschlossenen Rechtsverhältnisse zu Lasten der Betroffenen geändert werden. Außerdem sind die Krankenkassen keine Grundrechtsträger. Vielmehr besteht ihre Hauptaufgabe im Vollzug einer zum Zweck der Erfüllung der staatlichen Aufgabe „Krankenversicherung“ geschaffenen detaillierten Sozialgesetzgebung (vgl. BVerfGE 113, S. 167).

Zu Absatz 3

Damit die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Vorgaben nach § 87b Absatz 4 für die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erstellenden Honorarverteilungsmaßstäbe frühzeitig bestimmen kann, tritt diese Aufgabenzuweisung bereits zum Zeitpunkt der ersten Lesung in Kraft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Honorarverteilungsmaßstäbe mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012 anwenden.

Zu Absatz 4

Damit der Gemeinsame Bundesausschuss die nach § 91 Absatz 2a zu beschließende Zuordnung, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen, frühzeitig erarbeiten kann, tritt diese Aufgabenzuweisung zum Zeitpunkt der 3. Lesung in Kraft.

Zu Absatz 5 und 6

Nachdem die Honorarzuwächse im vertragszahnärztlichen Bereich in den Jahren 2011 und 2012 durch das GKV-Finanzierungsgesetz begrenzt wurden, treten am 1. Januar 2013 die Regelungen zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung in § 85 in Kraft. Um die dafür notwendigen Voraussetzungen und Datengrundlagen zu schaffen, treten die Regelungen in Absatz 2a und Absatz 3 Satz 4 bereits zum 1. Juli 2012 in Kraft.

Anlage

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:
NKR-Nr. 1788: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der
gesetzlichen Krankenversicherung**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des o.g. Gesetzes auf Bürokratiekosten geprüft, die durch Informationspflichten begründet werden.

1. Bürokratiekosten der Wirtschaft

Mit dem Regelungsvorhaben werden sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft eingeführt, eine geändert und drei abgeschafft. Hierdurch reduzieren sich die Bürokratiekosten um rund 0,1 Mio. Euro pro Jahr.

Hinzu kommen jedoch noch neue Bürokratiekosten der Wirtschaft - insbesondere für Ärzte und Krankenhäuser - für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung und für die Teilnahme an der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Für beide Verfahren wird der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien erstellen. Das Ressort hat für diese Fälle in der Begründung eine erste, grobe Einschätzung der Bürokratiekosten pro Fall dargestellt. Der NKR bittet das Ressort zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, bei Erstellen der Richtlinien diese Kostenschätzung zu konkretisieren.

2. Fortentwicklung der Strukturen und Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird im Gesetzentwurf verpflichtet, die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten zu ermitteln und diese in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Der NKR hat bereits in der Vergangenheit betont, dass es für die Adressaten einer Regelung unerheblich ist, welche staatliche Stelle bürokratischen Aufwand verursacht. Es ist daher konsequent, dass die Selbstverwaltungsträger systematisch in den Prozess des Bürokratieabbaus und der besseren Rechtsetzung einbezogen werden. Der NKR begrüßt daher die vorgesehene Maßnahme, die Vorbildcharakter auch für andere Bereiche der Selbstverwaltung hat, ausdrücklich und bietet für das weitere Verfahren seine Unterstützung an.

3. Wegfall der Verpflichtung zur Erstellung ambulanter Kodierrichtlinien

Die Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) zur Vereinbarung von Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation von Diagnoseschlüsseln für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen soll aufgehoben werden. Diese sog. ambulanten Kodierrichtlinien liegen im Entwurfsstadium vor bzw. waren für einen Übergangszeitraum freiwillig anwendbar. Leistungserbringer (z.B. Ärzte) sind bereits bislang verpflichtet, nach einer von der Weltgesundheitsorganisation erstellten internationalen Klassifikation zu kodieren. Die ambulanten Kodierrichtlinien sollten hierbei bestehende Unklarheiten beseitigen und den nationalen Besonderheiten des Gesundheitssystems Rechnung tragen.

Nach Einschätzung zahlreicher betroffener Leistungserbringer würden die ambulanten Kodierrichtlinien in ihrer derzeitigen Form zu einem spürbaren bürokratischen Mehraufwand führen, die in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stünden. Insofern ist es zu begrüßen, dass die gesetzliche Pflicht zur Anwendung durch Leistungserbringer entfallen soll. Der NKR gibt zu bedenken, dass die Selbstverwaltungsträger zukünftig dennoch die Möglichkeit haben, die internationalen Standards bundesweit oder regional zu erläutern und Klarstellungen vorzunehmen. Dies kann wiederum erheblichen Einfluss auf die Bürokratiekosten der Leistungserbringer haben. Der NKR fordert die Träger der Selbstverwaltung daher auf, eventuelle Regelungen bürokratiekostenarm auszugestalten.

4. Bürokratiekosten durch Regionalisierung

Für die Verwaltung werden neun Informationspflichten eingeführt und sieben aufgehoben. Die neuen Informationspflichten und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Bürokratiekosten der öffentlichen Verwaltung resultieren insbesondere aus der stärkeren Regionalisierung und Dezentralisierung der vertragsärztlichen Vergütung und Bedarfsplanung. Die Regionalisierung und Dezentralisierung sind jedoch gerade ein wesentliches politisches Ziel des vorliegenden Entwurfs.

Der Nationale Normenkontrollrat hat keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichterstatter