

12. die Folgen einer Kündigung eines Leistungserbringers insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit den durch diesen Leistungserbringer bereits generierten Daten.

Der Vertrag ist nach dem Stand von Wissenschaft und Technik zu schließen. Der Vertrag ist von den Vertragspartnern der Fortentwicklung des Standes von Wissenschaft und Technik anzupassen oder, wenn sich aus den Zwischenberichten nach Absatz 13 Satz 3 ein Anpassungsbedarf ergibt. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 ist mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bezüglich der in Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte Einvernehmen herzustellen. Die nach der aufgrund des § 140g erlassenen Rechtsverordnung anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss des Vertrages nach Absatz 1 Satz 1 anzuhören. Die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 116b Absatz 6 Satz 13 bis 15 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die Leistungen zu bereinigen ist, die im Rahmen des Modellvorhabens nach Absatz 2 erbracht werden. Für die Vergütung der Leistungen, die durch die Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, im Rahmen des Modellvorhabens erbracht werden, gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 entsprechend; das Nähere über das Verfahren der Abrechnung ist in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 zu vereinbaren. § 136c Absatz 5 Satz 3 und § 140a Absatz 2 Satz 7 gelten entsprechend.

(8) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. April 2024 zu Stande, wird der Vertragsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Kann das nach Absatz 7 Satz 4 erforderliche Einvernehmen nicht hergestellt werden, legt die Schiedsperson nach Anhörung der Deutschen Krankenhausgesellschaft die in Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 und 3 genannten Vertragsinhalte fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Gesamtheit der Leistungserbringer, deren Berechtigung zur Teilnahme am Modellvorhaben nach Absatz 4 Satz 2 festgestellt worden ist, je zur Hälfte. Klagen, die die Festlegung des Vertragsinhalts betreffen, sind gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson, zu richten.

(9) Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Plattformträger) wird eine zentrale Plattform für das Modellvorhaben in seiner Trägerschaft eingerichtet und betrieben. Der Plattformträger unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Er muss durch die Qualifikation seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch seine räumliche, sachliche und technische Ausstattung gewährleisten, dass er die ihm übertragenen Aufgaben erfüllen kann. Der Plattformträger hat insbesondere

1. die klinischen Datenknoten, Genomrechenzentren und Datendienste zuzulassen und zu kontrollieren sowie Anforderungen an die Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung der in den Genomrechenzentren nach Absatz 10a Satz 4 und den klinischen Datenknoten nach Absatz 10b Satz 4 zu speichernden Daten festzulegen,
2. ein öffentliches Antragsregister mit Informationen zu den antragstellenden Nutzungsberechtigten, zu den Vorhaben, für die Daten beantragt wurden, und ihren Ergebnissen aufzubauen und zu pflegen,
3. das Modellvorhaben weiterzuentwickeln,
4. die Öffentlichkeit über das Modellvorhaben zu informieren,
5. den Nutzungsberechtigten auf Antrag Daten bereitzustellen und zugänglich zu machen.

Zum Betrieb der Plattform und zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 4 wird beim Plattformträger eine Geschäftsstelle eingerichtet. Das Nähere zur Organisation und Arbeitsweise der Geschäftsstelle sowie zur Ausgestaltung der Aufgaben nach Satz 4, insbesondere zu den Voraussetzungen einer Zulassung sowie zu Art, Umfang und Verfahren einer Kontrolle nach Satz 4 Nummer 1, legt der Plattformträger in einer Geschäfts- und Nutzungsordnung fest. Sie bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung.

(9a) Der Plattformträger richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Beirat unter seinem Vorsitz sowie Ar-

beitsgruppen ein. Der Beirat berät den Plattformträger bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Absatz 9 Satz 4 Nummer 1 bis 4 und Absatz 9c Satz 12 und 13. Die Arbeitsgruppen unterstützen den Beirat bei der Wahrnehmung seiner Aufgabe; ihre Mitglieder sind ehrenamtlich tätig. Der Plattformträger beruft für den Beirat sach- und fachkundige Mitglieder und Stellvertreter der Mitglieder. Die Berufung erfolgt jeweils für die Dauer von einem Jahr. Er stellt bei der Zusammensetzung des Beirats sicher, dass vertreten sind:

1. das Bundesministerium für Gesundheit,
2. die Vertrauensstelle,
3. die Leistungserbringer,
4. die Betreiber der Genomrechenzentren und klinischen Datenknoten,
5. die gesetzliche Krankenversicherung,
6. die maßgeblichen Bundesorganisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker Menschen,
7. die Gesundheitsforschung.

Beratend können an den Sitzungen des Beirats Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie des Verbands der Universitätsklinika teilnehmen. Das Nähere zu den Aufgaben und der Besetzung des Beirats und der Arbeitsgruppen ist in der Geschäfts- und Nutzungsordnung nach Absatz 9 Satz 6 festzulegen.

(9b) Der Plattformträger richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung einen wissenschaftlichen Ausschuss unter seinem Vorsitz ein. Der wissenschaftliche Ausschuss berät und unterstützt den Plattformträger bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Absatz 9 Satz 4 Nummer 5. Absatz 9a Satz 4, 5 und 8 gilt entsprechend.

(9c) Das Robert Koch-Institut richtet eine Vertrauensstelle für das Modellvorhaben ein. Absatz 9 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Vertrauensstelle hat insbesondere

1. zu den ihr nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 1 übermittelten Daten eine zufällige Vorgangsnummer zu generieren und diese an den jeweiligen Leistungserbringer zu übermitteln,
2. zu der ihr nach Absatz 10a Satz 4 Nummer 1 übermittelten Vorgangsnummer ein Genomdatensatzpseudonym zu generieren und dieses an ein Genomrechenzentrum zu übermitteln,
3. zu der ihr nach Absatz 10b Satz 4 Nummer 1 übermittelten Vorgangsnummer ein Klinikdatensatzpseudonym zu generieren und dieses an einen klinischen Datenknoten zu übermitteln,
4. für eine in Satz 7 Nummer 1 genannte Fallidentifizierung zu den ihr nach Absatz 10 Satz 3 Nummer 1 übermittelten Daten eine zufällige Vorgangsnummer zu generieren und diese zusammen mit dem Kontakt des ersuchten Leistungserbringers an den ersuchenden Leistungserbringer zu übermitteln,
5. für eine in Satz 7 Nummer 1 genannte Fallidentifizierung aus den ihr nach Absatz 10 Satz 3 Nummer 2 übermittelten Daten die Arbeitsnummer zu ermitteln und diese an den ersuchten Leistungserbringer zu übermitteln,
6. für eine in Satz 7 Nummer 2 genannte Information des behandelnden Leistungserbringers aus den ihr nach Absatz 10 Satz 4 übermittelten Daten die Arbeitsnummer zu ermitteln und diese an den behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln.

Nach der Übermittlung ist die Vorgangsnummer bei der Vertrauensstelle, den Leistungserbringern, Genomrechenzentren und klinischen Datenknoten zu löschen. Das Verfahren zur Pseudonymisierung muss nach dem jeweiligen Stand der Technik eine widerrechtliche Identifizierung der betroffenen Patientinnen und Patienten ausschließen. Das Verfahren zur Pseudonymisierung wird von der Vertrauensstelle im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik festgelegt. Die Vertrauensstelle ist zur Wiederherstellung des Fallbezugs der Daten und zur Übermittlung von Daten berechtigt, soweit dies erforderlich ist

1. zur Fallidentifizierung durch einen ersuchenden Leistungserbringer oder
2. zur Information des behandelnden Leistungserbringers eines Versicherten.

Die Wiederherstellung des Fallbezugs und die Übermittlung von Daten sind zur Fallidentifizierung erforderlich, wenn die Behandlung eines Versicherten nach klinisch-diagnostischer Einschätzung des ersuchenden Leistungserbringers den fachlichen Austausch und Kontakt mit einem ersuchten Leistungserbringer im Modellvorhaben erfordert, bei dem ein ähnlich gelagerter Fall vorliegt. Die Wiederherstellung des Fallbezugs und die Übermittlung von Daten sind zur Information des behandelnden Leistungserbringers eines Versicherten erforderlich, wenn sich aus Vorhaben, die unter Nutzung von pseudonymisierten Einzeldatensätzen nach Absatz 11a durchgeführt wurden, Informationen ergeben, die für die Versorgung eines Versicherten im Modellvorhaben relevant sind. Hierüber hat der jeweilige Nutzungsberechtigte den Plattformträger unverzüglich zu informieren. Der Plattformträger hat mittels eines entsprechenden Datendienstes die Information und die jeweils relevanten Pseudonyme unverzüglich an den jeweiligen behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. Der Plattformträger und die Vertrauensstelle haben im Einvernehmen mit zwei von den klinischen Krebsregistern der Länder nach § 65c zu benennenden Vertretern dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2025 ein Konzept zur Verknüpfung und Verarbeitung von pseudonymisierten Daten des Modellvorhabens und der klinischen Krebsregister der Länder nach § 65c vorzulegen. Der Plattformträger hat im Einvernehmen mit dem Forschungsdatenzentrum und den beteiligten Vertrauensstellen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2026 ein Konzept zur Verknüpfung und Verarbeitung von pseudonymisierten Daten des Modellvorhabens und des Forschungsdatenzentrums vorzulegen.

(10) Die Leistungserbringer übermitteln für die in Absatz 11 Satz 3 genannten Zwecke für jeden teilnehmenden Versicherten

1. an die Vertrauensstelle die von ihnen erstellte Arbeitsnummer und die Krankenversicherungsnummer im Sinne des § 290,
2. an ein Genomrechenzentrum die Vorgangsnummer und die Daten der Genomsequenzierung,
3. an einen klinischen Datenknoten die Vorgangsnummer, die klinischen Daten und die Daten der jeweiligen Einwilligung.

Die klinischen Daten umfassen die Angaben zu Alter, Geschlecht und Kreisschlüssel, die Daten der Phänotypisierung sowie die Daten zum Behandlungsverlauf. Für eine in Absatz 9c Satz 7 Nummer 1 genannte Fallidentifizierung übermittelt

1. der ersuchende Leistungserbringer an die Vertrauensstelle das über einen Datendienst breitgestellte Genomdatensatz- oder Klinikdatensatzpseudonym,
2. der ersuchte Leistungserbringer an die Vertrauensstelle die nach Absatz 9c Satz 3 Nummer 4 generierte zufällige Vorgangsnummer, die ihm vom ersuchenden Leistungserbringer mitgeteilt wurde.

Für eine in Absatz 9c Satz 7 Nummer 2 genannte Fallidentifizierung übermittelt der behandelnde Leistungserbringer an die Vertrauensstelle die nach Absatz 9c Satz 11 vom Plattformträger übermittelten relevanten Pseudonyme.

(10a) Qualifizierte Einrichtungen der wissenschaftlichen Forschung können Genomrechenzentren einrichten. Ihr Einsatz im Modellvorhaben bedarf der Zulassung durch den Plattformträger gegenüber dem Betreiber des Genomrechenzentrums. Absatz 9 Satz 3 gilt entsprechend. Die Genomrechenzentren haben insbesondere

1. die ihnen nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 2 übermittelten Daten auf ihre Datenqualität gemäß den Anforderungen nach Absatz 9 Satz 4 Nummer 1 zu prüfen, zu speichern und die jeweiligen Vorgangsnummern an die Vertrauensstelle zu übermitteln,
2. die gespeicherten Genomdaten mit den nach Absatz 9c Satz 3 Nummer 2 übermittelten Genomdatensatzpseudonymen zu verknüpfen und zu speichern.

Die Genomrechenzentren haben die versichertenbezogenen Einzeldatensätze spätestens nach 100 Jahren zu löschen. Der Zugang zu den in den Genomrechenzentren gespeicherten Daten erfolgt ausschließlich nach den Vorgaben der Absätze 11 bis 11b. Kommt das Genomrechenzentrum seinen Verpflichtungen nach Satz 4 nicht nach, kann der Plattformträger gegenüber dem Genomrechenzentrum Maßnahmen zur Sicherstellung der Aufgabenwahrnehmung anordnen. Kommt das Genom-

rechenzentrum den Anordnungen wiederholt nicht nach, kann der Plattformträger gegenüber dem Genomrechenzentrum den Ausschluss vom Modellvorhaben anordnen.

(10b) Die Leistungserbringer richten klinische Datenknoten ein und betreiben diese oder schließen sich dem klinischen Datenknoten eines anderen Leistungserbringers an. Ihr Einsatz im Modellvorhaben bedarf der Zulassung durch den Plattformträger gegenüber dem Betreiber des klinischen Datenknotens. Absatz 9 Satz 3 gilt entsprechend. Die klinischen Datenknoten haben insbesondere

1. die ihnen nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 3 übermittelten Daten auf ihre Datenqualität gemäß den Anforderungen nach Absatz 9 Satz 4 Nummer 1 zu prüfen, zu speichern und die jeweiligen Vorgangsnummern an die Vertrauensstelle zu übermitteln,
2. die gespeicherten klinischen Daten und Daten der Einwilligung mit den nach Absatz 9c Satz 3 Nummer 3 übermittelten Klinikdatensatzpseudonymen zu verknüpfen und zu speichern.

Die klinischen Datenknoten haben die versichertenbezogenen Einzeldatensätze spätestens nach 100 Jahren zu löschen. Der Zugang zu den in den klinischen Datenknoten gespeicherten Daten erfolgt ausschließlich nach den Vorgaben der Absätze 11 bis 11b. Kommt der klinische Datenknoten seinen Verpflichtungen nach Satz 4 nicht nach, kann der Plattformträger gegenüber dem klinischen Datenknoten Maßnahmen zur Sicherstellung der Aufgabenwahrnehmung anordnen. Kommt der klinische Datenknoten den Anordnungen wiederholt nicht nach, kann der Plattformträger gegenüber dem klinischen Datenknoten den Ausschluss vom Modellvorhaben anordnen.

(10c) Das Zugänglichmachen von Daten nach Absatz 11 und das Bereitstellen von Daten nach Absatz 11a erfolgen über automatisierte, informationstechnische Lösungen (Datendienste). Absatz 9 Satz 3 gilt entsprechend. Der Einsatz der Datendienste im Modellvorhaben bedarf der Zulassung durch den Plattformträger gegenüber dem Betreiber des Datendienstes.

(11) Der Plattformträger macht die in den klinischen Datenknoten und Genomrechenzentren gespeicherten Daten nach Maßgabe der Sätze 4 und 5 sowie der Absätze 11a und 11b den Nutzungsberechtigten zugänglich. Nutzungsberechtigt sind natürliche und juristische Personen im Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2016/679, soweit diese nach Satz 3 zur Verarbeitung der Daten berechtigt sind. Die vom Plattformträger zugänglich gemachten Daten dürfen von den Nutzungsberechtigten verarbeitet werden, soweit dies für folgende Zwecke erforderlich ist:

1. Verbesserung der Versorgung durch umfassende Diagnostik und Therapiefindung mittels einer Genomsequenzierung,
2. Qualitätssicherung,
3. Evaluation des Modellvorhabens,
4. wissenschaftliche Forschung.

Liegen die Voraussetzungen nach den Sätzen 3 und 5 vor, stellt der Plattformträger dem Nutzungsberechtigten auf Antrag die entsprechend den Anforderungen des Nutzungsberechtigten ausgewählten Daten durch einen einmaligen oder wiederholten Zugang zu einem Datendienst anonymisiert und aggregiert bereit. In dem Antrag hat der Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darzulegen, dass Umfang und Struktur der beantragten Daten geeignet und erforderlich sind, um eine von ihm zur Untersuchung vorgesehene Frage zu beantworten.

(11a) Der Plattformträger kann einem Nutzungsberechtigten pseudonymisierte Einzeldatensätze bereitstellen, wenn der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darlegt, dass ein in Absatz 11 Satz 3 genannter Nutzungszweck dies erfordert. Für den in Absatz 11 Satz 3 Nummer 1 genannten Zweck kann der Plattformträger dem Nutzungsberechtigten auf Antrag pseudonymisierte Einzeldatensätze über einen Datendienst für eine wiederholte Nutzung bereitstellen. Der Plattformträger stellt einem Nutzungsberechtigten die pseudonymisierten Einzeldatensätze für die Verarbeitung unter Kontrolle des Plattformträgers bereit, soweit

1. gewährleistet ist, dass diese Daten nur solchen Personen bereitgestellt werden, die einer Geheimhaltungspflicht unterliegen, und
2. durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt wird, dass die Verarbeitung durch den Nutzungsberechtigten auf das erforderliche Maß beschränkt und insbesondere ein Kopieren der Daten ausgeschlossen ist.

Der Plattformträger kann Personen, die keiner Geheimhaltungspflicht unterliegen, pseudonymisierte Einzeldatensätze nach den Sätzen 1 und 2 bereitstellen, wenn sie vor dem Zugang zur Geheimhaltung verpflichtet wurden. § 1 Absatz 2, 3 und 4 Nummer 2 des Verpflichtungsgesetzes gilt entsprechend.

(11b) Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach den Absätzen 11 und 11a zugänglich gemachten oder bereitgestellten Daten

1. nur für die Zwecke nutzen, für die sie zugänglich gemacht oder bereitgestellt werden, und
2. nicht an Dritte weitergeben, wenn nicht der Plattformträger auf Antrag eine Weitergabe an einen Dritten im Rahmen eines in Absatz 11 Satz 3 genannten Nutzungszwecks genehmigt. Das Nähere zu den Voraussetzungen einer in Satz 1 Nummer 2 genannten Genehmigung ist in der Geschäfts- und Nutzungsordnung nach Absatz 9 Satz 6 festzulegen.

Die Nutzungsberechtigten informieren den Plattformträger über die Vorhaben, für die Daten beantragt wurden, und deren Ergebnisse. Die Nutzungsberechtigten haben bei der Verarbeitung der nach den Absätzen 11 und 11a zugänglich gemachten oder bereitgestellten Daten darauf zu achten, keinen Bezug zu Personen oder Leistungserbringern herzustellen. Wird ein Bezug zu Personen oder Leistungserbringern unbeabsichtigt hergestellt, so ist dies dem Plattformträger unverzüglich zu melden. Die vorsätzliche Verarbeitung der bereitgestellten Daten zum Zwecke der Herstellung eines Personenbezugs, zum Zwecke der Identifizierung von Leistungserbringern und zum Zwecke der bewussten Verschaffung von Kenntnissen über fremde Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ist untersagt. Dies gilt nicht für den Fall einer in Absatz 9c Satz 7 Nummer 1 genannten Fallidentifizierung durch die Vertrauensstelle. Wenn ein begründeter Verdacht besteht, dass Nutzungsberechtigte die vom Plattformträger nach den Absätzen 11 und 11a zugänglich gemachten oder bereitgestellten Daten in einer Art und Weise verarbeitet haben, die nicht den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder den Auflagen des Plattformträgers entsprechen, kann der Plattformträger den Nutzungsberechtigten vom Datenzugang ausschließen. Der Ausschluss kann befristet werden. Der Plattformträger informiert die zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden über jeden in Satz 8 genannten begründeten Verdacht einer rechtswidrigen Verarbeitung und über jeden Ausschluss eines Nutzungsberechtigten vom Datenzugang.

(12) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere

1. zu Art und Umfang der nach den Absätzen 9 bis 11b zu übermittelnden Daten und zu den Fristen der Datenübermittlung,
2. zur Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung und
4. zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach den Absätzen 9 bis 11b.

(13) § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Bericht über die Ergebnisse der Auswertungen einen Vorschlag zur Übernahme der Leistungen des Modellvorhabens in die Regelversorgung enthalten muss und die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu erfolgen hat. Nach Ablauf der Laufzeit nach Absatz 1 Satz 2 und bis zur Vorlage des Berichts über die Ergebnisse der Auswertungen oder bis zu einer gesetzlichen Regelung zur Übernahme in die Regelversorgung können die Krankenkassen das Modellvorhaben auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a fortführen. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit während der Laufzeit des Modellvorhabens jährlich ein Zwischenbericht der Evaluierung, der insbesondere die wissenschaftliche Auswertung der bis dahin vorliegenden Ergebnisse enthält, vorzulegen.

(14) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage des Vertrages ganz oder teilweise versagt. Im Rahmen der Prüfung kann das Bundesministerium für Gesundheit vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusätzliche Informationen, die dem Ver-

tragsschluss zugrunde lagen, sowie ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Ablauf der Frist nach Satz 2 gehemmt. Bereits während der laufenden Vertragsverhandlungen ist das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt, Auskunft über den Stand der Verhandlungen zu verlangen und sich hierzu relevante Unterlagen vorlegen zu lassen. Es ist berechtigt, an den Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 teilzunehmen. Über die jeweiligen Verhandlungstermine hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Bundesministerium für Gesundheit frühzeitig zu informieren.

(15) Die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes, insbesondere zur Aufklärung, Einwilligung und Mitteilung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen bleiben unberührt.¹³⁰

130 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 18b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 2b des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 8 Satz 1 jeweils „2023“ durch „2024“ ersetzt.

31.03.2024.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat in Abs. 1 Satz 1 „1. Januar“ durch „1. April“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „zur Teilnahme am Modellvorhaben berechtigten“ durch „am Modellvorhaben teilnehmenden“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, dürfen die für die in den Absätzen 2 und 10 Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit ausdrücklicher schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger ärztlicher Aufklärung und Beratung der Versicherten unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben, insbesondere der Rechte der betroffenen Person nach den Artikeln 12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der jeweils geltenden Fassung, verarbeiten. Satz 1 gilt bei einer Genomsequenzierung nach Absatz 2 Satz 3 für einen biologischen Elternteil oder für beide biologischen Elternteile entsprechend.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. d litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat Nr. 6 in Abs. 7 Satz 1 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. die datenschutzkonforme, barrierefreie einheitliche Ausgestaltung der Einwilligung der Versicherten nach Absatz 6; dies hat im Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu erfolgen.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. d litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat Nr. 10 und 11 in Abs. 7 Satz 1 neu gefasst. Nr. 10 und 11 lauteten:

„10. die Sicherstellung der Anbindung der Leistungserbringer an die Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12 und die Ausgestaltung und Unterzeichnung einer Vereinbarung über die Nutzung der Dateninfrastruktur durch die Leistungserbringer,

11. Maßnahmen zur Zusammenführung der im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung erhobenen Daten von allen an dem Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringern in der Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12,“.

Artikel 3 Nr. 3 lit. d litt. aa littt. ccc und ddd desselben Gesetzes hat Nr. 12 in Abs. 7 Satz 1 aufgehoben und Nr. 13 in Nr. 12 unnummeriert. Nr. 12 lautete:

„12. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die in der Dateninfrastruktur nach den Absätzen 9 bis 12 enthaltenen Daten nur im Rahmen dieses Modellvorhabens genutzt werden und“.

Artikel 3 Nr. 3 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 8 „; das Nähere über das Verfahren der Abrechnung ist in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 zu vereinbaren“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „1. Januar“ durch „1. April“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 9 durch Abs. 9 bis 9c ersetzt. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Aufgaben der Datenverarbeitung im Rahmen des Modellvorhabens werden von der Vertrauensstelle und dem Träger der Dateninfrastruktur wahrgenommen. Die Aufgaben der Vertrauensstelle werden durch das Robert Koch-Institut, die Aufgaben des Trägers der Dateninfrastruktur durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wahrgenommen. Der Träger der Dateninfrastruktur und die Vertrauensstelle unterliegen dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und unterstehen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Träger der Dateninfrastruktur und die Vertrauensstelle müssen durch die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch ihre räumliche, sachliche und technische Ausstattung gewährleisten, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben erfüllen können. Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, übermitteln für die in Absatz 10 Satz 3 genannten Zwecke für jeden teilnehmenden Versicherten die folgenden verschlüsselten Daten jeweils in Verbindung mit einer Arbeitsnummer an den Träger der Dateninfrastruktur:

1. Angaben zu Alter, Geschlecht und Kreisschlüssel,
2. die Daten der Genomsequenzierung,
3. die Daten der Phänotypisierung und
4. Daten zum Behandlungsverlauf.

Die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, übermitteln die Arbeitsnummer und die Krankenversicherungsnummer im Sinne des § 290 an die Vertrauensstelle. Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach Satz 6 übermittelten Krankenversicherungsnummern nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren in periodenübergreifende Pseudonyme. Die Vertrauensstelle hat im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein schlüsselabhängiges Verfahren zur Pseudonymisierung festzulegen, das dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik entspricht. Das Verfahren zur Pseudonymisierung ist so zu gestalten, dass für die jeweilige Krankenversicherungsnummer eines jeden Versicherten periodenübergreifend immer das gleiche Pseudonym erstellt wird, aus dem Pseudonym aber nicht auf die Arbeitsnummer oder die Identität des Versicherten geschlossen werden kann. Die Vertrauensstelle übermittelt dem Träger der Dateninfrastruktur die periodenübergreifenden Pseudonyme mit den dazugehörigen Arbeitsnummern. Mit dem periodenübergreifenden Pseudonym und der bereits übersandten Arbeitsnummer verknüpft der Träger der Dateninfrastruktur die freigegebenen Daten mit den im Träger der Dateninfrastruktur vorliegenden Daten vorheriger Übermittlungen. Nach der Übermittlung hat sie die Arbeitsnummern, die Krankenversicherungsnummern sowie die periodenübergreifenden Pseudonyme zu löschen.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 10 durch Abs. 10 bis 10c ersetzt. Abs. 10 lautete:

„(10) Der Träger der Dateninfrastruktur nach Absatz 9 Satz 2 hat folgende Aufgaben:

1. die ihm von den Leistungserbringern übermittelten Daten für die Auswertung für Zwecke nach Satz 3 qualitätsgesichert aufzubereiten,
2. Qualitätssicherungen der Daten vorzunehmen,
3. Anträge auf Datennutzung zu prüfen,
4. das spezifische Reidentifikationsrisiko in Bezug auf die durch Nutzungsberechtigte nach Absatz 11 beantragten Daten zu bewerten und unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen zu minimieren,
5. die beantragten Daten den Nutzungsberechtigten nach Absatz 11 Satz 1 zugänglich zu machen und
6. die wissenschaftliche Erschließung der Daten zu fördern.

Der Träger der Dateninfrastruktur hat die versichertenbezogenen Einzeldatensätze spätestens nach 30 Jahren zu löschen. Der Träger der Dateninfrastruktur macht die ihm von den Leistungserbringern übermittelten Daten den Nutzungsberechtigten auf Antrag in anonymisierter und aggregierter Form zugänglich, soweit die beantragten Daten geeignet und erforderlich sind zur

1. Verbesserung der Versorgung im Zusammenhang mit personalisierten und standardisierten Therapien und Diagnostika mittels einer Genomsequenzierung
2. Qualitätssicherung oder
3. wissenschaftlichen Forschung.

Der Träger der Dateninfrastruktur kann einem Nutzungsberechtigten entsprechend seinen Anforderungen auch pseudonymisierte Einzeldatensätze bereitstellen, wenn der antragstellende Nutzungsberechtigte nachvollziehbar darlegt, dass die Nutzung der pseudonymisierten Einzeldatensätze für einen nach Satz 3 zulässigen Nutzungszweck erforderlich ist. Der Träger der Dateninfrastruktur stellt einem

§ 65 Auswertung der Modellvorhaben

Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der

Nutzungsberechtigten die pseudonymisierten Einzeldatensätze ohne Sichtbarmachung der Pseudonyme für die Verarbeitung unter Kontrolle des Trägers der Dateninfrastruktur bereit, soweit

1. gewährleistet ist, dass diese Daten nur solchen Personen bereitgestellt werden, die einer Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, und
2. durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt wird, dass die Verarbeitung durch den Nutzungsberechtigten auf das erforderliche Maß beschränkt und insbesondere ein Kopieren der Daten verhindert werden kann.

Personen, die nicht der Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, können pseudonymisierte Einzeldatensätze nach Satz 4 bereitgestellt werden, wenn sie vor dem Zugang zur Geheimhaltung verpflichtet wurden. § 1 Absatz 2, 3 und 4 Nummer 2 des Verpflichtungsgesetzes gilt entsprechend.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 11 durch Abs. 11 bis 11b ersetzt. Abs. 11 lautete:

„(11) Nutzungsberechtigte sind die Leistungserbringer, die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind, Hochschulen, die nach landesrechtlichen Vorschriften anerkannten Hochschulkliniken, öffentlich geförderte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und sonstige öffentliche Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen. Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten

1. nur für die Zwecke nutzen, für die sie zugänglich gemacht werden und
2. nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, der Träger der Dateninfrastruktur genehmigt auf Antrag eine Weitergabe an einen Dritten im Rahmen eines nach Absatz 10 Satz 3 zulässigen Nutzungszwecks.

Die Nutzungsberechtigten haben bei der Verarbeitung der nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten darauf zu achten, keinen Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern herzustellen. Wird ein Bezug zu Personen, Leistungserbringern oder Leistungsträgern unbeabsichtigt hergestellt, so ist dies dem Träger der Dateninfrastruktur zu melden. Die Verarbeitung der bereitgestellten Daten zum Zwecke der Herstellung eines Personenbezugs, zum Zwecke der Identifizierung von Leistungserbringern oder Leistungsträgern sowie zum Zwecke der bewussten Verschaffung von Kenntnissen über fremde Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ist untersagt. Wenn die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde feststellt, dass Nutzungsberechtigte die vom Träger der Dateninfrastruktur nach Absatz 10 Satz 3 und 4 zugänglich gemachten Daten in einer Art und Weise verarbeitet haben, die nicht den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder den Auflagen des Trägers der Dateninfrastruktur entspricht, und wegen eines solchen Verstoßes eine Maßnahme nach Artikel 58 Absatz 2 Buchstabe b bis j der Verordnung (EU) 2016/679 gegenüber dem Nutzungsberechtigten ergriffen hat, informiert sie den Träger der Dateninfrastruktur. In diesem Fall schließt der Träger der Dateninfrastruktur den Nutzungsberechtigten für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vom Datenzugang aus.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 12 neu gefasst. Abs. 12 lautete:

„(12) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere

1. zu näheren Bestimmungen zu Art und Umfang der nach den Absätzen 9 und 10 zu übermittelnden Daten und zu den Fristen der Datenübermittlung,
2. zur Datenverarbeitung durch die Leistungserbringer,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung der Versichertendaten durch die Leistungserbringer,
4. zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach den Absätzen 9 und 10 und
5. zur Evaluation des Modellvorhabens.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. j desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 13 neu gefasst. Satz 1 lautete: „§ 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Bericht über die Ergebnisse der Auswertungen einen Vorschlag zur Übernahme der Leistungen des Modellvorhabens in die Regelversorgung enthalten muss.“

von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.¹³¹

§ 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse bestimmt in ihrer Satzung, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist. Um den Nachweis über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 1 führen zu können, dürfen Krankenkassen die nach § 284 Absatz 1 von ihnen rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang verarbeiten.

(1a) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

(3) Die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1a müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.¹³²

131 ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat in Abs. 2 Satz 2 „von sechs Monaten“ durch „eines Jahres“ ersetzt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 65 Beitragsrückzahlung

(1) In jedem Landesverband, dem mehr als zwei Mitgliedskassen angehören, hat mindestens eine Krankenkasse in ihre Satzung Bestimmungen über die Erprobung einer Beitragsrückzahlung aufzunehmen. Der Landesverband, für Ersatzkassen deren Verbände, bestimmen, welche Krankenkasse die Satzungsregelung vorzunehmen hat. Die Ersatzkassen können die Erprobung auf eine Region beschränken. Die Verbände haben in ihrer Satzung eine Umlage der Mitgliedskassen vorzusehen, um die Belastung der durchführenden Krankenkasse aus der Beitragsrückzahlung auszugleichen.

(2) Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, erhalten eine Beitragsrückzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Sie beträgt jährlich ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils, und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Haben die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen weniger als ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds betragen, wird der Unterschiedsbetrag zurückgezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und § 24 sowie Leistungen für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.“

132 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 43 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 65a Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den erzielten Einsparungen.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „ , der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 „genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2 aufgehoben und Abs. 3 und 4 in Abs. 2 und 3 unnummeriert. Abs. 2 lautete:

„(2) Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137f oder an einer integrierten Versorgung nach § 140a teilnehmen, kann sie in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen, die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen. Sie kann in ihrer Satzung die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 für diese Versicherten ermäßigen; § 53 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 39 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Satz 1 im neuen Abs. 3 „den Absätzen 1 und 2“ durch „Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 im neuen Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Beitragserhöhungen allein deshalb, weil die Krankenkasse in ihrer Satzung Bonusregelungen vorsieht, sind nicht zulässig.“

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 1 und 2 neu gefasst. Abs. 1 und 2 lauteten:

„(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.03.2020.—Artikel 2 Nr. 4c lit. a des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) hat Abs. 1 durch Abs. 1 und 1a ersetzt. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die

1. regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen,
2. Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen oder
3. regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen,

Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist. Um den Nachweis über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 1 führen zu können, dürfen Krankenkassen die nach § 284 Absatz 1 von ihnen rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang verarbeiten.“

Artikel 2 Nr. 4c lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Absatz 1“ durch „Absatz 1a“ ersetzt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 4 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 2 eingefügt.

§ 65b Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts errichten; er hat dafür das notwendige Stiftungsvermögen bereitzustellen, das notwendige Stiftungsgeschäft zu tätigen und die Anerkennung der Stiftung zu beantragen. Die Stiftung soll den Namen „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ tragen. Die Stiftung soll ihre Informations- und Beratungstätigkeit am 1. Januar 2024 aufnehmen. Zweck der Stiftung ist es, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Hierdurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll den Inhalt des Stiftungsgeschäfts einschließlich der Bestimmung des Stiftungssitzes im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten festlegen.

(2) Für die Erfüllung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 betreibt die Stiftung bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot und hält in jedem Land regionale Informations- und Beratungsangebote vor. Sie kann dazu mit anderen geeigneten Einrichtungen zusammenarbeiten. Die Information und Beratung der Patientinnen und Patienten hat niedrighschwellig, bürgernah, barrierefrei, zielgruppengerecht und qualitätsgesichert zu erfolgen. Die nähere Ausgestaltung des Beratungs- und Informationsangebots obliegt dem Stiftungsvorstand. Für die Beratung in gesundheitsrechtlichen Fragen gilt § 6 Absatz 2 des Rechtsdienstleistungsgesetzes entsprechend.

(3) In der Stiftungssatzung sind als Organe der Stiftung vorzusehen:

1. der Stiftungsvorstand,
2. der Stiftungsrat und
3. der wissenschaftliche Beirat.

(4) Geschäftsführendes Organ der Stiftung ist der Stiftungsvorstand. Er besteht aus zwei Mitgliedern. Sie werden durch den Stiftungsrat bestellt und abberufen. Die Mitglieder des Stiftungsvorstands üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus; die Stiftungssatzung regelt insbesondere auch das Nähere zum Bewerbungsverfahren für die Gewinnung von Personen als Mitglieder des Stiftungsvorstands. Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen schlagen dem Stiftungsrat einvernehmlich zwei Personen zur Berufung in den Stiftungsvorstand vor. Der Stiftungsrat kann den Vorschlag nur aus wichtigem Grund ablehnen. Erfolgt innerhalb einer in der Stiftungssatzung festgelegten Frist kein einvernehmlicher Vorschlag, bestellt der Stiftungsrat die Mitglieder des Stiftungsvorstands, ohne an Vorschläge der in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen gebunden zu sein. Die Amtszeit des Stiftungsvorstands beträgt fünf Jahre. Die erneute Bestellung ist zulässig.

(5) Dem Stiftungsvorstand obliegen alle Stiftungsaufgaben, soweit sie nicht dem Stiftungsrat nach Absatz 7 vorbehalten sind. Die Aufgaben und Pflichten des Stiftungsvorstands sind insbesondere,

1. die Geschäfte der Stiftung in eigener Verantwortung so zu führen, wie es die Förderung ihres Zwecks nach Absatz 1 Satz 4 erfordert, und jährlich einen Haushaltsplan vorzubereiten,
2. den Stiftungsrat bei Entscheidungen und Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, die der Verwirklichung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 dienen, hinzuzuziehen,
3. auf Vorschlag des Stiftungsrats die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 9 Satz 3 zu bestellen und abzu berufen,
4. den Stiftungsrat und den wissenschaftlichen Beirat regelmäßig, mindestens zweimal jährlich, über die Geschäfte der Stiftung zu unterrichten sowie dem Stiftungsrat jährlich einen Bericht zu den Schwerpunkten und Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung vorzulegen,

5. zu gewährleisten, dass die Information und Beratung zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Themen auf Basis des Standes der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen und am Beratungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet sind,
6. Sorge dafür zu tragen, dass Beschäftigte der Stiftung oder an der Verfolgung des Stiftungszwecks beteiligte Institutionen und Personen nicht tätig werden, wenn und soweit bei diesen ein wirtschaftliches oder sonstiges Interesse vorliegt, das geeignet ist, die Unabhängigkeit des Informations- und Beratungsangebots vorübergehend oder dauerhaft zu gefährden,
7. nach Ablauf jedes Kalenderjahres den Jahresabschluss und einen Bericht über die Erfüllung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 zu erstellen und den Bericht barrierefrei zu veröffentlichen und
8. im Einvernehmen mit dem Stiftungsrat eine externe und unabhängige Überprüfung des Jahresabschlusses in Auftrag zu geben; die Kosten hierfür werden aus der jährlichen Zuwendung nach Absatz 11 Satz 1 finanziert.

(6) Dem Stiftungsrat sollen angehören:

1. die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten als dem Stiftungsrat vorsitzende Person,
2. sieben benannte Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die sich für die Belange von Patientinnen und Patienten einsetzen,
3. zwei benannte Mitglieder des Deutschen Bundestages,
4. je eine benannte Vertreterin oder ein benannter Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des in der Bundesregierung für den Verbraucherschutz zuständigen Ressorts,
5. zwei benannte Vertreterinnen oder Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und
6. im Fall einer anteiligen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe von 7 Prozent an der Finanzierung nach Absatz 11 Satz 5 eine benannte Vertreterin oder ein benannter Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benennen die Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 1 Nummer 2. Die in Satz 1 Nummer 3 bis 6 und Satz 2 genannten Institutionen benennen die Mitglieder des Stiftungsrats jeweils durch Erklärung in Textform gegenüber der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten binnen einer von ihr oder ihm gesetzten Frist. Erfolgt die Benennung der Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 1 Nummer 2 nicht fristgerecht, benennt die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Mitglieder des Stiftungsrats nach Satz 1 Nummer 2. Die Amtszeit der Mitglieder des Stiftungsrats beträgt fünf Jahre. Die Amtszeit kann um eine zweite Amtszeit verlängert werden. Stellen die privaten Krankenversicherungsunternehmen die finanzielle Beteiligung vor Ablauf der Amtszeit nach Satz 5 oder 6 ein, endet die Mitgliedschaft der Vertreterin oder des Vertreters nach Satz 1 Nummer 6; die Stiftungssatzung regelt insbesondere das Nähere zu dem Zeitpunkt und den Folgen des Verlusts der Mitgliedschaft.

(7) Der Stiftungsrat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Mitglieder des Stiftungsvorstands nach Absatz 4 Satz 3 zu bestellen und abzurufen,
2. die Personen vorzuschlagen, die zu Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 9 Satz 3 bestellt und als Mitglieder abgerufen werden,
3. den Stiftungsvorstand bei der Verfolgung des Stiftungszwecks nach Absatz 1 Satz 4 zu unterstützen und zu beaufsichtigen,
4. über den Haushalt der Stiftung zu entscheiden und die Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie die Rechnungslegung zu kontrollieren,
5. über die erforderlichen Maßnahmen nach Absatz 10 Satz 5 zu entscheiden,
6. über Änderungen der Stiftungssatzung zu beschließen und

7. zu dem Bericht des Stiftungsvorstands nach Absatz 5 Satz 2 Nummer 4 zu den Schwerpunkten und Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung Stellung zu nehmen.

(8) Der Stiftungsrat beschließt mit der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder; Beschlüsse nach Absatz 7 Nummer 6 bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden Mitglieder. Er ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der oder des Vorsitzenden oder von dessen Vertretung. Die Mitglieder, die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. benannt sind, haben ein Stimmrecht ausschließlich bei Beschlüssen über die Erteilung des Einvernehmens des Stiftungsrats zur Beauftragung einer externen und unabhängigen Überprüfung des Jahresabschlusses durch den Stiftungsvorstand nach Absatz 5 Satz 2 Nummer 8, die Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Stiftungsvorstands nach Absatz 7 Nummer 1 und die Änderung der Stiftungssatzung nach Absatz 7 Nummer 6 sowie bei Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4. Die Mitglieder, die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt sind, können gegen Anträge zur Beschlussfassung über die Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4 begründeten Einspruch erheben. Wurde gegen einen Antrag ganz oder teilweise Einspruch erhoben, können die Anträge zur Haushaltsaufstellung und die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung nach Absatz 7 Nummer 4, soweit gegen sie Einspruch erhoben wurde, nur mit einer Mehrheit von drei Vierteln der anwesenden Mitglieder beschlossen werden. Das Nähere wird in der Stiftungssatzung geregelt.

(9) Dem wissenschaftlichen Beirat gehören sechs unabhängige Sachverständige an. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr. Sie werden vom Stiftungsvorstand auf Vorschlag des Stiftungsrats bestellt und abberufen. Die Amtszeit beträgt fünf Jahre und kann um eine zweite Amtszeit verlängert werden. Der wissenschaftliche Beirat berät den Stiftungsvorstand und den Stiftungsrat bei grundsätzlichen Fragen, die sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben ergeben.

(10) Die Tätigkeit der Stiftung ist alle zwei Jahre extern und unabhängig zu evaluieren. Gegenstand der Evaluierung ist die Überprüfung

1. der Zweckerfüllung der Stiftung,
2. der Unabhängigkeit des Informations- und Beratungsangebots,
3. der wissenschaftlichen Qualität des Informations- und Beratungsangebots sowie
4. der Beratungszahlen.

Die Evaluation wird durch den Stiftungsvorstand mit Zustimmung des Stiftungsrats in Auftrag gegeben. Die Evaluation wird aus der Zuwendung nach Absatz 11 Satz 1 finanziert. Bei Mängeln, die sich bei der Evaluation ergeben haben, entscheidet der Stiftungsrat über erforderliche Maßnahmen zu deren Beseitigung.

(11) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wendet der Stiftung ab dem 1. Januar 2024 einen Gesamtbetrag von jährlich 15 Millionen Euro zu. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Stiftung das Nähere zur Finanzierung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt zur Finanzierung nach Satz 1 von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten der Finanzierung beteiligen. In diesem Fall verringert sich der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuzuwendende Gesamtbetrag nach Satz 1 um den entsprechenden Betrag. Im Fall einer finanziellen Beteiligung vereinbart der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Stiftung das Nähere zur finanziellen Beteiligung. Der Betrag nach Satz 1 ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. dürfen auf die Tätigkeit der Stiftung keinen Einfluss nehmen; die Tätigkeit der von ihnen entsandten Mitglieder des Stiftungsrats bleibt hiervon unberührt.¹³³

133 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 1 Satz 1 „zehn Millionen Deutsche Mark“ durch „5 113 000 Euro“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fordert“ und „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt sowie „gemeinsam und einheitlich“ nach „Modellvorhaben“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 durch eine dem Anteil der Mitglieder ihrer Kassenart an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage aufzubringen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert mit jährlich insgesamt 5 113 000 Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt wurden. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend.

(2) Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

25.07.2014.—Artikel 1 Nr. 3a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 3 „Verbraucher- oder“ durch „Verbraucher- und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel trifft der“ durch „Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den“ und „fünf“ durch „sieben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird bei der Vergabe durch einen Beirat beraten. Dem Beirat gehören neben der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an.“

Artikel 1 Nr. 3a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Bundesregierung übermittelt dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2013 einen Erfahrungsbericht über die Durchführung der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung.“

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 3a lit. b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 2 Satz 1 „2011“ durch „2016“ und „5 200 000 Euro“ durch „9 000 000 Euro“ ersetzt.

31.08.2021.—Artikel 3 Nr. 1a lit. a des Gesetzes vom 18. August 2021 (BGBl. I S. 3890) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten; die Fördermittel werden jeweils für eine Laufzeit von sieben Jahren vergeben.“

§ 65c Klinische Krebsregister

(1) Zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung führen die Länder klinische Krebsregister. Die klinischen Krebsregister haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. die personenbezogene Erfassung der Daten aller in einem regional festgelegten Einzugsgebiet stationär und ambulant versorgten Patientinnen und Patienten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von bösartigen Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien sowie von gutartigen Tumoren des zentralen Nervensystems nach Kapitel II der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) mit Ausnahme der Daten von Erkrankungsfällen, die an das Deutsche Kinderkrebsregister zu melden sind,
2. die Auswertung der erfassten klinischen Daten und die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die einzelnen Leistungserbringer sowie die Durchführung von Analysen zum Verlauf der Erkrankungen, zum Krebsgeschehen und zum Versorgungsgeschehen,
3. den Datenaustausch mit anderen regionalen klinischen Krebsregistern bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen Hauptwohnsitz und Behandlungsort in verschiedenen Einzugsgebieten liegen, sowie mit Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene,

16.05.2023.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. I Nr. 123) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 65b Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten, mit dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen darf auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit keinen Einfluss nehmen. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. Im Hinblick auf eine zukünftige institutionelle Neuausrichtung wird die Verbraucher- und Patientenberatung ab dem Jahr 2023 für zwölf Monate von der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH unter der Trägerschaft des Fördermittelnehmers der Jahre 2016 bis 2022 durchgeführt. Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden während der Förderphase durch einen Beirat beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Beirat jährlich über Angelegenheiten betreffend die Förderung nach Satz 1 zu unterrichten. Der nach Satz 1 geförderten Beratungseinrichtung ist auf Antrag die Gelegenheit zu geben, sich gegenüber dem Beirat zu äußern.

(2) Die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 beträgt im Jahr 2016 insgesamt 9 000 000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sie umfasst auch die für die Qualitätssicherung und die Berichterstattung notwendigen Aufwendungen. Die Fördermittel nach Satz 1 werden durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen erbracht. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen.“

19.10.2023.—Artikel 8c des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 „ehrenamtliche“ nach „benannte“ gestrichen.

4. die Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung,
5. die Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 135a Absatz 2 Nummer 1,
6. die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren und weiteren Leistungserbringern in der Onkologie,
7. die Erfassung von Daten für die epidemiologischen Krebsregister,
8. die Übermittlung von Daten an das Zentrum für Krebsregisterdaten beim Robert Koch-Institut nach Maßgabe des Bundeskrebsregisterdatengesetzes,
9. die Mitwirkung an dem Datenabgleich nach § 25a Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 in Verbindung mit Satz 3,
10. die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung und der wissenschaftlichen Forschung
11. die gemeinsame Erarbeitung und Vorlage eines Konzepts für Datenabgleiche zur Feststellung vergleichbarer Erkrankungsfälle auf Anfrage eines behandelnden Arztes und für die Rückmeldung an diesen; die gemeinsame Erarbeitung und Vorlage dieses Konzepts beim Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2023 unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie von Vertretern der Patientenorganisationen, die in der Verordnung nach § 140g genannt oder nach der Verordnung anerkannt sind, zu erfolgen,
12. die gemeinsame Erarbeitung und Vorlage eines Konzepts zur systematischen Erfassung von Spät- und Langzeitfolgen von Krebserkrankungen und zur Integration der Daten zu Spät- und Langzeitfolgen in die Krebsregistrierung; die gemeinsame Erarbeitung und Vorlage dieses Konzepts beim Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2024 unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, der Gesellschaft für Telematik und von Vertretern der Patientenorganisationen, die in der Verordnung nach § 140g genannt oder nach der Verordnung anerkannt sind, zu erfolgen.

Die klinische Krebsregistrierung erfolgt auf der Grundlage des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und aller ihn ergänzenden Module flächendeckend sowie möglichst vollzählig und vollständig. Die Daten sind jährlich landesbezogen auszuwerten. Eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung kann auch länderübergreifend erfolgen. Die für die Einrichtung und den Betrieb der klinischen Krebsregister nach Satz 2 notwendigen Bestimmungen einschließlich datenschutzrechtlicher Regelungen bleiben, soweit nichts anderes bestimmt ist, dem Landesrecht vorbehalten.

(1a) Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland stellen gemeinsam mit den Krebsregistern sicher, dass der einheitliche onkologische Basisdatensatz nach Absatz 1 Satz 3 im Benehmen mit den weiteren in Absatz 3 Satz 1 genannten Organisationen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen regelmäßig aktualisiert und um Angaben erweitert wird, die von den klinischen Krebsregistern erhoben werden können, um sie den Zentren der Onkologie für deren Zertifizierung zur Verfügung zu stellen. Auf der Grundlage des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes nach Absatz 1 Satz 3 treffen die Krebsregister erstmals zum 31. Dezember 2021 im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen sowie im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen die not-

wendigen Spezifikationen zur technischen, semantischen, syntaktischen und organisatorischen Interoperabilität dieses Basisdatensatzes. Der einheitliche onkologische Basisdatensatz und die Spezifikationen nach Satz 2 haben grundsätzlich international anerkannten, offenen Standards zu entsprechen. Abweichungen von den international anerkannten, offenen Standards sind zu begründen und transparent und nachvollziehbar zu veröffentlichen. Die Spezifikationen nach Satz 2 sind auf der Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu veröffentlichen.

(2) Die Krankenkassen fördern den Betrieb klinischer Krebsregister nach Absatz 1 Satz 2, indem sie eine Pauschale nach Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9 zahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt einheitliche Voraussetzungen für diese Förderung im Einvernehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmenden Vertreterinnen oder Vertretern fest. Er hat in den Fördervoraussetzungen insbesondere Folgendes festzulegen:

1. die sachgerechte Organisation und Ausstattung der klinischen Krebsregister,
2. die Nutzung eines einheitlichen Datenformates und entsprechender Schnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der Daten; ab dem Jahr 2024 die Nutzung des einheitlichen Datenformates und entsprechender Schnittstellen nach Maßgabe der Spezifikationen nach Absatz 1a Satz 2,
3. die Mindestanforderungen an den Grad der Erfassung und an die Vollständigkeit der verschiedenen Datenkategorien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sowie über notwendige Verfahren zur Datenvalidierung,
4. ein einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer,
5. die notwendigen Verfahren zur Qualitätsverbesserung der Krebsbehandlung,
6. die erforderlichen Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
7. die Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantieren,
8. die Modalitäten für die Abrechnung der klinischen Krebsregister mit den Krankenkassen.

Soweit ein Einvernehmen über die Fördervoraussetzungen nach Satz 2 nicht erzielt werden kann, können die Länder gemeinsam ihren Vorschlag oder kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen seinen Vorschlag zu den Fördervoraussetzungen dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegen, das in diesem Fall die entsprechenden Fördervoraussetzungen festlegen kann.

(3) Bei der Festlegung der Fördervoraussetzungen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen folgende Organisationen und Personen zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. den Gemeinsamen Bundesausschuss,
4. die Deutsche Krebsgesellschaft,
5. die Deutsche Krebshilfe,
6. die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren,
7. die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland,
8. die Bundesärztekammer,
9. die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie
10. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist an der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen zu beteiligen, wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den Betrieb der klinischen Krebsregister fördern, indem sie die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9 für Meldungen in Bezug auf privat krankenversicherte Personen zahlen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie für Meldungen in Bezug auf die nach diesen Vorschriften berechtigten Personen einen Teil der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9 zahlen.

(4) Auf Antrag eines klinischen Krebsregisters oder dessen Trägers stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen fest, dass

1. das klinische Krebsregister die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt und
2. in dem Land, in dem das klinische Krebsregister seinen Sitz hat, eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung und eine Zusammenarbeit mit den epidemiologischen Krebsregistern gewährleistet sind.

Weist ein klinisches Krebsregister auf Grund der Feststellungen nach Satz 1 nach, dass die Fördervoraussetzungen erfüllt sind, so zahlt die Krankenkasse an dieses Register oder dessen Träger einmalig für jede erstmals in diesem Register verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 eine fallbezogene Krebsregisterpauschale im Jahr 2021 in Höhe von 141,73 Euro. Ab dem Jahr 2023 wird bei einer Meldung von nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien die Pauschale nach Satz 2 nur gezahlt, wenn es sich um eine Meldung von prognostisch ungünstigen nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien handelt und die vollständige Erfassung dieser Hautkrebsarten durch die Krebsregister nach Landesrecht vorgesehen ist. Die Festlegung, welche Fälle der nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien als prognostisch ungünstig einzustufen sind, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit zwei Vertretern der klinischen Krebsregister sowie mit der Deutschen Krebsgesellschaft. In jedem Folgejahr erhöht sich die fallbezogene Krebsregisterpauschale nach Satz 2 jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Auf Antrag der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen oder des Landes haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen eine von Satz 5 oder Satz 9 abweichende Höhe der fallbezogenen Krebsregisterpauschale mit dem Land zu vereinbaren, wenn dies auf Grund regionaler Besonderheiten erforderlich ist, um eine Förderung der erforderlichen Betriebskosten in Höhe von 90 Prozent zu gewährleisten. Zum Zweck der Prüfung der Höhe der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach Satz 6 übermitteln die betroffenen Krebsregister auf Anforderung anonymisierte Angaben, die zur Ermittlung der Betriebskosten und der Fallzahlen erforderlich sind, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie im Falle des Absatzes 3 Satz 2 an den jeweiligen Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. Im Falle des Absatzes 3 Satz 2 tritt der jeweilige Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 6 an die Seite der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen passt die Pauschale nach Satz 5 an, wenn die Anpassung erforderlich ist, um 90 Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten der nach Absatz 2 Satz 1 geförderten klinischen Krebsregister abzudecken. Die Überprüfung der Pauschale nach Satz 9 erfolgt nach Ablauf des Jahres 2021 und danach alle fünf Jahre. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt die Höhe der Pauschale nach Satz 9 im Einvernehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmenden Vertreterinnen oder Vertretern fest. Sofern ein Einvernehmen über die Höhe der Pauschale nach Satz 9 nicht erzielt wird, legt das Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder der Länder die Höhe der Pauschale fest. Zum Zweck der Überprüfung der Höhe der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach Satz 9 übermitteln die Krebsregister auf Anforderung bis spätestens zum 31. Juli des Folgejahres des jeweiligen Bezugsjahres der Prüfung anonymisierte Angaben, die zur Ermittlung der Betriebskosten und der Fallzahlen erforderlich sind, an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie im Falle des Absatzes 3 Satz 2 an den Verband der Privaten Krankenversicherung.

(5) Mit Ablauf des Jahres 2020 haben die klinischen Krebsregister die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 zu erfüllen. Nachdem die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Erfüllung der Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erstmals nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festgestellt haben, teilt das klinische Krebsregister den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich jeweils zum 31. Dezember schriftlich oder elekt-

ronisch mit, ob es die Fördervoraussetzungen weiter erfüllt. Kann das klinische Krebsregister einzelne Fördervoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllen, unterrichtet es die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen unverzüglich und weist die Erfüllung dieser Fördervoraussetzungen innerhalb eines Jahres nach der Unterrichtung nach. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können eine Prüfung durchführen, ob ein klinisches Krebsregister die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt, insbesondere, wenn das klinische Krebsregister seinen Mitteilungspflichten nach den Sätzen 2 und 3 nicht nachkommt. Das klinische Krebsregister ist verpflichtet, sich durch Erbringung der erforderlichen Nachweise an dieser Prüfung zu beteiligen. Ergibt die Prüfung nach Satz 4, dass das klinische Krebsregister einzelne Fördervoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllt, wird das klinische Krebsregister von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen hiervon unterrichtet. Das klinische Krebsregister hat die Erfüllung dieser Fördervoraussetzungen innerhalb eines Jahres nach der Unterrichtung nach Satz 6 nachzuweisen. Im Fall von Satz 2, Satz 3 oder den Sätzen 6 und 7 zahlt die Krankenkasse die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9 weiter. Im Fall des Absatzes 3 Satz 2 informieren die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen den jeweiligen Landesausschuss des Verbands der Privaten Krankenversicherung über die klinischen Krebsregister, die nach Satz 3 oder Satz 6 einzelne Fördervoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllen. Werden die Fördervoraussetzungen durch das jeweilige klinische Krebsregister auch ein Jahr nach der Unterrichtung nach Satz 3 oder Satz 6 nicht vollständig erfüllt, entfällt die Förderung.

(5a) Erfüllt ein Krebsregister mit Ablauf des Jahres 2020 die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 nicht, zahlt die Krankenkasse für die Jahre 2021, 2022 und 2023 an dieses Krebsregister folgenden Anteil der Pauschale nach Absatz 4 Satz 2, 3, 5, 6 und 9:

1. 85 Prozent der Pauschale, wenn nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festgestellt wird, dass das Krebsregister mindestens 95 Prozent der Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt und
2. 70 Prozent der Pauschale, wenn nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festgestellt wird, dass das Krebsregister mindestens 85 Prozent der Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt.

Abweichend von Absatz 5 Satz 10 gilt Satz 1 entsprechend, wenn ein Krebsregister ein Jahr nach einer Unterrichtung nach Absatz 5 Satz 3 oder Satz 6 in den Jahren 2022 und 2023 mindestens 95 Prozent oder 85 Prozent der Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt.

(6) Für jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach Absatz 1, ist den Leistungserbringern vom jeweiligen klinischen Krebsregister eine Meldevergütung zu zahlen, wenn die zu übermittelnden Daten vollständig gemeldet wurden. Satz 1 gilt auch für Meldungen, die prognostisch ungünstige nicht-melanotische Hautkrebsarten und ihre Frühstadien betreffen. Die Krankenkasse des gemeldeten Versicherten hat dem klinischen Krebsregister die nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten. Die Höhe der einzelnen Meldevergütungen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Vereinbarungspartner nach Satz 4 überprüfen in regelmäßigen Abständen die Angemessenheit der Höhe der einzelnen Meldevergütungen und passen diese an, wenn sie nicht mehr angemessen sind. Wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den klinischen Krebsregistern die Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten privat krankenversicherter Personen erstatten, tritt der Verband der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 4 an die Seite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie den klinischen Krebsregistern einen Teil der Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten der nach diesen Vorschriften berechtigten Personen erstatten. Wird eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(7) Klinische Krebsregister und Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene arbeiten mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung zusammen. Der Gemeinsame Bundesausschuss lässt notwendige bundesweite Auswertungen der klinischen Krebsregisterdaten durchführen. Hierfür übermitteln die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem nach Satz 4 benannten Empfänger auf Anforderung die erforderlichen Daten in anonymisierter Form. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Beschluss die von den Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene zu übermittelnden Daten, den Empfänger dieser Daten sowie Inhalte und Kriterien für Auswertungen nach Satz 2; § 92 Absatz 7e gilt entsprechend. Bei der Erarbeitung und Festlegung von Kriterien und Inhalten der bundesweiten Auswertungen nach Satz 2 ist der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Gelegenheit zum Einbringen von Vorschlägen zu geben.

(8) Bei Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der onkologischen Versorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss die klinischen Krebsregister unter Einhaltung der Vorgaben des § 299 bei der Aufgabenerfüllung einbeziehen. Soweit den klinischen Krebsregistern Aufgaben nach Satz 1 übertragen werden, sind sie an Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Nummer 13 gebunden.

(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss gleicht regelmäßig die Dokumentationsanforderungen, die für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Brustkrebs nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 geregelt sind, an den einheitlichen onkologischen Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module an. Leistungserbringer, die an einem nach § 137g Absatz 1 zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs in koordinierender Funktion teilnehmen, können die in dem Programm für die Annahme der Dokumentationsdaten nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 zuständige Stelle mit der Meldung der entsprechenden Daten an das klinische Krebsregister beauftragen, wenn die Versicherte nach umfassender Information hierin schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Macht der Leistungserbringer von der Möglichkeit nach Satz 2 Gebrauch, erhält er insoweit keine Meldevergütungen nach Absatz 6.

(10) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die klinischen Krebsregister zuständigen obersten Landesbehörden veranlassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Evaluation zur Umsetzung der klinischen Krebsregistrierung. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere folgende Aspekte zu untersuchen:

1. der Beitrag der klinischen Krebsregister zur Sicherung der Qualität und Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung, die Zusammenarbeit mit den zertifizierten Zentren und weiteren Leistungserbringern in der Onkologie sowie ihr Beitrag zur Verbesserung des Zusammenwirkens von Versorgung und Forschung,
2. der Stand der Vereinheitlichung der klinischen Krebsregistrierung und
3. die Eignung der nach Absatz 2 Satz 2 und 3 festgelegten Fördervoraussetzungen für die Feststellung der Funktionsfähigkeit der klinischen Krebsregister.

Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 30. Juni 2026 zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation tragen je zur Hälfte die Länder gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.¹³⁴

134 QUELLE

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und Abs. 8 Satz 1 jeweils „§ 137 Absatz 1“ durch „§ 136 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in Abs. 4 Satz 7 „2017“ durch „2019“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 31 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 6 Satz 5 „bis zum 31. Dezember 2013“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 31 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 8 bis 12 in Abs. 6 durch Satz 8 ersetzt. Die Sätze 8 bis 12 lauteten: „Kommt eine Vereinbarung bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt nicht zustande, haben sich die Vereinbarungspartner nach Satz 5 auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die die Höhe der einzelnen Meldevergütungen festlegt. Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesministerium für Gesundheit bestellt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vereinbarungspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung der Höhe der einzelnen Meldevergütungen richten sich gegen einen der Vereinbarungspartner, nicht gegen die Schiedsperson.“

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 9 Satz 2 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

Artikel 123 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 9 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Einwilligung kann widerrufen werden.“

13.12.2019.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 5 Satz 4 „eines Jahres“ durch „von drei Jahren“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 2 lit. f des Gesetzes vom 18. August 2021 (BGBl. I S. 3890) hat Abs. 5 durch Abs. 5 und 5a ersetzt. Abs. 5 lautete:

„(5) In einer Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2017 zahlt die Krankenkasse die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 unabhängig von den Feststellungen nach Absatz 4 Satz 1 an die klinischen Krebsregister, die von den Ländern für ein festgelegtes Einzugsgebiet als zuständig bestimmt worden sind. Eine anderweitige Finanzierung der klinischen Krebsregister aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können mit dem Land für die Übergangsphase Vereinbarungen über den Prozess zur Einrichtung und Weiterentwicklung der klinischen Krebsregister treffen. Erfüllt ein klinisches Krebsregister die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 nach Ablauf der Übergangsphase nach Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt nicht, hat das klinische Krebsregister die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb von drei Jahren. Für diesen Zeitraum gilt Satz 1 entsprechend.“

31.08.2021.—Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 18. August 2021 (BGBl. I S. 3890) hat in Abs. 1 Satz 1 „richten“ durch „führen“ ersetzt und „ein“ am Ende gestrichen.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. bb litt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „sowie die Durchführung von Analysen zum Verlauf der Erkrankungen, zum Krebsgeschehen und zum Versorgungsgeschehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. bb litt. bbb desselben Gesetzes hat Nr. 6 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. die Zusammenarbeit mit Zentren in der Onkologie,“.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. bb litt. ccc und ddd desselben Gesetzes hat Nr. 8 in Abs. 1 Satz 2 in Nr. 10 unnummeriert und Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 und 9 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. bb litt. ddd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 den Punkt durch „und der wissenschaftlichen Forschung“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. bb litt. eee desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 und 12 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die klinische Krebsregistrierung erfolgt auf der Grundlage des bundesweit einheitlichen Datensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzender Module flächendeckend sowie möglichst vollzählig.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „ , soweit nichts anderes bestimmt ist,“ nach „bleiben“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Satz 2 bis 4“ durch „Satz 2, 3, 5, 6 und 9“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2013 einheitliche Voraussetzungen für diese Förderung.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Nr. 2 bis 7 in Abs. 2 Satz 3 in Nr. 3 bis 8 unnummeriert und Nr. 1 durch Nr. 1 und 2 ersetzt. Nr. 1 lautete:

- „1. die sachgerechte Organisation und Ausstattung der klinischen Krebsregister einschließlich eines einheitlichen Datenformates und entsprechender Schnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der Daten,“.

Artikel 3 Nr. 2 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 2 durch Satz 4 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Über die Festlegungen nach den Sätzen 2 und 3 entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmenden Vertretern. Soweit die Länder Einwände gegen die Festlegungen haben, sind diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das in diesem Fall die entsprechenden Fördervoraussetzungen festlegen kann.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Erarbeitung“ durch „Festlegung“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 und 3 jeweils „Satz 2 bis 4“ durch „Satz 2, 3, 5, 6 und 9“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Auf Antrag eines klinischen Krebsregisters oder dessen Trägers stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen fest, dass

1. das klinische Krebsregister die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt und
2. in dem Land, in dem das klinische Krebsregister seinen Sitz hat, eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung und eine Zusammenarbeit mit den epidemiologischen Krebsregistern gewährleistet sind.

Weist ein klinisches Krebsregister auf Grund der Feststellungen nach Satz 1 nach, dass die Fördervoraussetzungen erfüllt sind, so zahlt die Krankenkasse an dieses Register oder dessen Träger einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach Absatz 1 Nummer 1 mit Ausnahme der Meldungen von nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien eine fallbezogene Krebsregisterpauschale in Höhe von 119 Euro. Ab dem Jahr 2015 erhöht sich die fallbezogene Krebsregisterpauschale nach Satz 2 jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit dem Land eine von Satz 2 abweichende Höhe der fallbezogenen Krebsregisterpauschale vereinbaren, wenn dies auf Grund regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Im Falle des Absatzes 3 Satz 2 tritt der jeweilige Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 4 an die Seite der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen passt die Pauschale nach Satz 2 an, wenn die Anpassung erforderlich ist, um 90 Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten der nach Absatz 2 Satz 1 geförderten klinischen Krebsregister abzudecken. Die erstmalige Überprüfung der Pauschale erfolgt spätestens bis zum Ablauf des Jahres 2019; Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „ , das nach Absatz 4 Satz 1 förderfähig ist“ durch „nach Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Satz 1 gilt nicht für Meldungen, die nicht-melanotische Hautkrebsarten und ihre Frühstadien betreffen.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. g litt. cc und dd desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 6 neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Übergangsregelung nach Absatz 5 gilt entsprechend. Die Höhe der einzelnen Meldevergütungen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. g litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 6 und 8 jeweils „Satz 5“ durch „Satz 4“ ersetzt.

§ 65d Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2025 mit insgesamt fünf Millionen Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Leistungserbringer, die Patienten mit pädo-philien Sexualstörungen behandeln. Förderungsfähig sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die ein freiwilliges Therapieangebot vorhalten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als förderungsfähig anerkannt werden. Für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Modellvorhaben gilt § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 mit Ausnahme von Absatz 5 Satz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung ist die Erreichung möglichst hochwertiger Evidenz zur Wirksamkeit der Therapieangebote nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der pädo-philien Sexualstörungen.

(3) Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 2 ist zu veröffentlichen. Die Sachverständigen dürfen nicht für Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder deren Verbände tätig oder als Leistungserbringer oder deren Angestellte am Modellvorhaben beteiligt sein.

(4) Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten. Das Nähere zur Umlage und zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spit-

Artikel 3 Nr. 2 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „erstmalig bis zum 31. Dezember 2013“ durch „regelmäßig“ und „bundesweit einheitlichen Datensatz“ durch „einheitlichen onkologischen Basisdatensatz“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 2 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 10 neu gefasst. Abs. 10 lautete:

„(10) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht ab dem Jahr 2018 alle fünf Jahre einen Bericht über die bundesweiten Ergebnisse der klinischen Krebsregistrierung in patientenverständlicher Form, wozu auch die barrierefreie Bereitstellung des Berichtes gehört. Der Bericht ist auf der Grundlage der Landesauswertungen nach Absatz 1 Satz 3 und der Ergebnisse von Bundesauswertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 9 Satz 2 zu erstellen. Die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene und der Gemeinsame Bundesausschuss liefern dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Auswertungen, die zum Erstellen des Berichts benötigt werden.“

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Satz 2 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 2 lautete: „Auf der Grundlage des einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes nach Absatz 1 Satz 3 treffen die Krebsregister erstmalig zum 31. Dezember 2021 im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die notwendigen Festlegungen zur technischen, semantischen, syntaktischen und organisatorischen Interoperabilität dieses Basisdatensatzes.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 3 „Festlegungen“ durch „Spezifikationen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 5 lautete: „Die Festlegungen nach Satz 2 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 384 aufzunehmen.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 „Festlegungen“ durch „Spezifikationen“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 1a Satz 2 „ , , sofern sie hierzu gemäß § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und Absatz 4 Satz 3 und 5 und aufgrund der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1 beauftragt wurden,“ nach „Krebsregister“ eingefügt.

zenverband Bund der Krankenkassen. An Modellvorhaben nach Absatz 1 und ihrer Finanzierung können sich über die Fördersumme nach Absatz 1 Satz 1 hinaus weitere Einrichtungen beteiligen, insbesondere private Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie öffentliche Stellen. Das Verfahren nach § 64 Absatz 3 ist nicht anzuwenden.¹³⁵

§ 65e Ambulante Krebsberatungsstellen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab dem 1. Juli 2020 mit Wirkung vom 1. Januar 2020 ambulante Krebsberatungsstellen mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu 21 Millionen Euro und ab dem 1. Juli 2021 mit Wirkung vom 1. Januar 2021 mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu 42 Millionen Euro. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich ab dem 1. Juli 2020 mit Wirkung vom 1. Januar 2020 mit einem Anteil von 7 Prozent an der Förderung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur gemeinsamen Förderung nach den Sätzen 1 und 2, insbesondere über Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Ab dem Jahr 2023 erhöht sich der Betrag nach Satz 1 jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches.

(2) Gefördert werden ambulante Krebsberatungsstellen, soweit sie an Krebs erkrankten Personen und ihren Angehörigen psychosoziale Beratung und Unterstützung anbieten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Grundsätze zu den Voraussetzungen und zum Verfahren der Förderung. Er setzt sich hierzu mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung ins Benehmen. In den Grundsätzen sind insbesondere zu regeln:

1. Definition der förderfähigen ambulanten Krebsberatungsstellen sowie Kriterien zur Abgrenzung zu nicht förderfähigen Einrichtungen,
2. Anforderungen an ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot der ambulanten Krebsberatungsstellen,
3. sächliche und personelle Anforderungen an die Krebsberatungsstellen,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Dokumentation, Qualitätsmanagement sowie Fortbildung,
5. das Nähere zu Verteilung und Auszahlung der Fördermittel sowie der Umgang mit nicht abgerufenen und zurückgezahlten Fördermitteln,
6. bis zum 1. September 2021 und unter Beteiligung der in den Ländern zuständigen Behörden das Nähere zur Berücksichtigung von Finanzierungsbeiträgen von Ländern und Kommunen und
7. das Nähere zur Erfassung und zentralen Veröffentlichung der geförderten ambulanten Krebsberatungsstellen.

Die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Krebsberatungsstellen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen. Für bereits am 1. Januar 2020 bestehende Krebsberatungsstellen sind im Hinblick auf die Erfüllung der Fördervoraussetzungen nach Satz 1 Übergangsregelungen vorzusehen.

135 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 1a des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 11 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 3 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „bis zum 31. Dezember 2025“ nach „2017“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „mit Ausnahme von Absatz 5 Satz 3“ nach „und 5“ eingefügt.

(3) Die Förderung erfolgt auf Antrag und wird jeweils für eine Dauer von drei Jahren vergeben. Die Förderung darf 80 Prozent der nach den Grundsätzen nach Absatz 2 Satz 2 zuwendungsfähigen Ausgaben je ambulante Krebsberatungsstelle nicht übersteigen. Mit Wirkung vom 1. Januar 2020 geförderte Krebsberatungsstellen können ab dem 1. Juli 2021 mit Wirkung vom 1. Januar 2021 eine Erhöhung ihres Förderbetrages nach Absatz 1 Satz 1 beantragen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt zur Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2022 über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Förderung.¹³⁶

§ 65f Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut maßgeblichen Organisationen die Grundlagen, Abläufe, Finanzierung und Weiterentwicklung der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender für die Versorgung der Versicherten mit Blutstammzellen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat der Sicherung der Qualität und Transparenz des Auswahlverfahrens zur Bestimmung des am besten geeigneten Blutstammzelltransplantats angemessenen Rechnung zu tragen. Die Vereinbarung nach Satz 1 hat folgende Bereiche näher zu regeln:

1. die Benennung einer zentralen Stelle zur Koordinierung der Spendersuche und Spenderauswahl einschließlich der Zusammenführung der bei den beteiligten maßgeblichen Organisationen vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen,
2. das Zusammenwirken dieser zentralen Stelle mit den beteiligten maßgeblichen Organisationen bei der Suche und Auswahl geeigneter Spender sowie
3. die Vergütung für Leistungen im Rahmen der Suche und Auswahl nichtverwandter Spender durch die Krankenkassen sowie ein Verfahren zur Abrechnung.

Die Vereinbarung nach Satz 1 kann zusätzlich insbesondere folgende Regelungen enthalten:

1. Vorgaben für Datensatzbeschreibungen und Übermittlungsverfahren zur Vereinheitlichung des Datenaustausches zwischen den in Satz 1 genannten Organisationen sowie zur Zusammenführung der vorhandenen Spenderdaten und Suchanfragen und

136 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 2 Nr. 2a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „und ab dem 1. Juli 2021 mit Wirkung vom 1. Januar 2021 mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu 42 Millionen Euro“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „bis zum 1. Juli 2020“ nach „vereinbaren“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „psychoonkologische“ durch „psychosoziale“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „bis zum 1. Juli 2020“ nach „bestimmt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Nr. 1 bis 4 in Abs. 2 Satz 4 in Nr. 2 bis 5 unnummeriert, im neuen Abs. 2 Satz 4 Nr. 4 „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt, im neuen Abs. 2 Satz 4 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 4 Nr. 1, 6 und 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

2. Vorgaben für die übergreifende Evaluation und Qualitätssicherung des Such- und Auswahlverfahrens.

§ 27 Absatz 1a Satz 6 sowie die rechtlichen Vorgaben für die Entnahme, Untersuchung, Herstellung, das Inverkehrbringen und die Anwendung von Blutstammzelltransplantaten aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut bleiben unberührt.¹³⁷

§ 66 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Die Unterstützung der Krankenkassen nach Satz 1 kann insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen. Die auf Grundlage der Einwilligung des Versicherten bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Versicherten bei Behandlungsfehlern verarbeitet werden.¹³⁸

§ 67 Elektronische Kommunikation

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden, insbesondere zur

1. elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,
2. Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie
3. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.

(2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen den Übergang zur elektronischen Kommunikation nach Absatz 1 finanziell unterstützen.

(3) Krankenkassen und ihre Verbände dürfen im Rahmen von Pilotprojekten für die Dauer von bis zu zwei Jahren, längstens bis zu dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt, Verfahren zur elektronischen Übermittlung von Verordnungen und zur Abrechnung von Leistungen nach § 33a erproben, bei denen eine Übermittlung von Verordnungen in Textform erfolgt. Die Pilotvorhaben müssen den Anforderungen der Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechen. Im Rahmen der Verfahren nach Satz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden. Für die elektronische Übermittlung von Verordnungen von Leistungen nach § 33a sind ausschließlich geeignete Dienste der Telematikinfrastruktur zu verwenden, sobald diese zur Verfügung stehen. Im Rahmen der Pilotvorhaben ist zu gewährleisten, dass den Versicherten

137 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2e des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

138 ÄNDERUNGEN

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat „können“ durch „sollen“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 4a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat die Sätze 2 und 3 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 12 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Satz 3 „verwendet“ durch „verarbeitet“ ersetzt.

eine Nutzung einer digitalen Gesundheitsanwendung in der Regel innerhalb von zwei Arbeitstagen ab dem Zeitpunkt des Eingangs einer Verordnung bei der Krankenkasse ermöglicht wird.¹³⁹

§ 68¹⁴⁰

§ 68a Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen

139 AUFHEBUNG

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 67 Gesundheitsförderung und Rehabilitation

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können zur Erprobung

1. Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, auch zur Gesundheitserziehung, sowie zur Rehabilitation selbst durchführen und sich an solchen Maßnahmen anderer beteiligen oder sie fördern,
2. sich an Maßnahmen anderer zur Behandlung akuter und chronischer Krankheiten beteiligen oder sie fördern.

(2) Die Art der Maßnahmen und die Grundsätze der Beteiligung und Förderung sind in der Satzung festzulegen.“

QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 44 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 „und mit den Krankenkassen“ nach „Leistungserbringern“ eingefügt und „und Behandlungsberichten“ durch „, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern und mit den Krankenkassen so bald und so umfassend wie möglich durch die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren, die sich auch für eine einrichtungsübergreifende fallbezogene Zusammenarbeit eignet, ersetzt werden.“

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 3 eingefügt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

140 AUFHEBUNG

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 68 Dauer und Auswertung

Die Satzungsbestimmungen über Erprobungsregelungen sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Erprobungen sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Das Ergebnis der Auswertungen ist zu veröffentlichen. § 75 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 44 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

31.03.2022.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 68 Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung können die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren. Das Nähere ist durch die Satzung zu regeln.“

(1) Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung können Krankenkassen die Entwicklung digitaler Innovationen fördern. Die Förderung muss möglichst bedarfsgerecht und zielgerichtet sein und soll insbesondere zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, zur Behebung von Versorgungsdefiziten sowie zur verbesserten Patientenorientierung in der Versorgung beitragen.

(2) Digitale Innovationen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere

1. digitale Medizinprodukte,
2. telemedizinische Verfahren oder
3. IT-gestützte Verfahren in der Versorgung.

(3) Krankenkassen können digitale Innovationen in Zusammenarbeit mit Dritten entwickeln oder von diesen entwickeln lassen. Dritte sind insbesondere

1. Hersteller von Medizinprodukten,
2. Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie,
3. Forschungseinrichtungen sowie
4. Leistungserbringer und Gemeinschaften von Leistungserbringern.

(4) Die Förderung erfolgt entweder durch eine fachlich-inhaltliche Kooperation mit Dritten nach Absatz 3 oder durch einen Erwerb von Anteilen an Investmentvermögen nach § 263a, soweit sie mit einer fachlich-inhaltlichen Kooperation zwischen Krankenkasse und Kapitalverwaltungsgesellschaft verbunden wird.

(5) Um den konkreten Versorgungsbedarf und den möglichen Einfluss digitaler Innovationen auf die Versorgung zu ermitteln und um positive Versorgungseffekte digitaler Anwendungen zu evaluieren, können Krankenkassen die versichertenbezogenen Daten, die sie nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhoben und gespeichert haben, im erforderlichen Umfang auswerten. Vor der Auswertung sind die Daten zu pseudonymisieren. Die Krankenkasse hat die pseudonymisierten Daten zu anonymisieren, wenn den Zwecken der Datenauswertung auch mit anonymisierten Daten entsprochen werden kann. Eine Übermittlung dieser Daten an Dritte nach den Absätzen 3 und 4 ist ausgeschlossen.¹⁴¹

§ 68b Förderung von Versorgungsinnovationen

(1) Die Krankenkassen können Versorgungsinnovationen fördern. Diese sollen insbesondere ermöglichen,

1. die Versorgung der Versicherten anhand des Bedarfs, der aufgrund der Datenauswertung ermittelt worden ist, weiterzuentwickeln und
2. Verträge mit Leistungserbringern unter Berücksichtigung der Erkenntnisse nach Nummer 1 abzuschließen.

Ein Eingreifen in die ärztliche Therapiefreiheit oder eine Beschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten im Rahmen von Maßnahmen nach Satz 1 ist unzulässig. Für die Vorbereitung von Versorgungsinnovationen nach Satz 1 und für die Gewinnung von Versicherten für diese Versorgungsinnovationen können Krankenkassen die versichertenbezogenen Daten, die sie nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhoben und gespeichert haben, im erforderlichen Umfang auswerten. Vor der Auswertung sind die Daten zu pseudonymisieren. Die Krankenkasse hat die pseudonymisierten Daten zu anonymisieren, wenn den Zwecken der Datenauswertung auch mit anonymisierten Daten entsprochen werden kann. Eine Übermittlung dieser Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

(2) Die Krankenkassen können ihren Versicherten Informationen zu individuell geeigneten Versorgungsinnovationen und zu sonstigen individuell geeigneten Versorgungsleistungen zur Verfügung stellen und individuell geeignete Versorgungsinnovationen oder sonstige individuell geeignete Versorgungsleistungen anbieten. Ein Eingreifen in die ärztliche Therapiefreiheit oder eine Be-

141 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

schränkung der Wahlfreiheit der Versicherten im Rahmen von Maßnahmen nach Satz 1 ist unzulässig.

(3) Die Teilnahme an Maßnahmen nach Absatz 2 ist freiwillig. Die Versicherten können der gezielten Information oder der Unterbreitung von Angeboten nach Absatz 2 durch die Krankenkassen jederzeit schriftlich oder elektronisch widersprechen. Die Krankenkassen informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme zum Zwecke der Information oder des Unterbreitens von Angeboten nach Absatz 2 über die Möglichkeit des Widerspruchs.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, jeweils zum 1. April eines Kalenderjahres, wie und in welchem Umfang seine Mitglieder Versorgungsinnovationen fördern und welche Auswirkungen die geförderten Versorgungsinnovationen auf die Versorgung haben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen.¹⁴²

§ 68c Förderung digitaler Innovationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Entwicklung digitaler Innovationen im Sinne des § 68a Absatz 1 und 2 fördern. Die Förderung muss möglichst bedarfsgerecht und zielgerichtet sein und soll insbesondere zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, zur Behebung von Versorgungsdefiziten sowie zur verbesserten Patientenorientierung in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung beitragen. Im Rahmen der Förderung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen digitale Innovationen in Zusammenarbeit mit Dritten im Sinne des § 68a Absatz 3 Satz 2 entwickeln oder von diesen entwickeln lassen.

(2) Um den Bedarf für eine Förderung digitaler Innovationen in der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung und den möglichen Einfluss digitaler Innovationen auf die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung zu ermitteln sowie die Auswirkungen digitaler Innovationen auf die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung zu evaluieren, dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen die versichertenbezogenen Daten, die sie nach § 285 Absatz 1 rechtmäßig erhoben und gespeichert haben, im erforderlichen Umfang auswerten. Vor der Auswertung sind die Daten zu pseudonymisieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die pseudonymisierten Daten zu anonymisieren, wenn den Zwecken der Datenauswertung auch

142 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 6a lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Im Rahmen der Förderung von Versorgungsinnovationen können die Krankenkassen ihren Versicherten insbesondere Informationen zu individuell geeigneten Versorgungsmaßnahmen zur Verfügung stellen und individuell geeignete Versorgungsmaßnahmen anbieten.“

Artikel 1 Nr. 6a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkassen dürfen die Auswertung von Daten eines Versicherten nach Absatz 1 und die Unterbreitung von Informationen und Angeboten nach Absatz 2 jedoch nur vornehmen, wenn die oder der Versicherte zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat, dass ihre oder seine personenbezogenen Daten zur Erstellung von individuell geeigneten Informationen oder Angeboten zu individuell geeigneten Versorgungsinnovationen verarbeitet werden. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden.“

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat in Abs. 4 Satz 1 „erstmalig bis zum 31. Dezember 2021“ durch „jeweils zum 1. April eines Kalenderjahres“ ersetzt.

mit anonymisierten Daten entsprochen werden kann. Eine Übermittlung der Daten an Dritte im Sinne des Absatzes 1 ist ausgeschlossen.

(3) Um den Bedarf für eine Förderung digitaler Innovationen in der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung und den möglichen Einfluss digitaler Innovationen auf die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung zu ermitteln sowie die Auswirkungen digitaler Innovationen auf die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung zu evaluieren, dürfen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen versichertenbezogene Daten im erforderlichen Umfang auswerten. Für die Bedarfsermittlung durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die für diesen Zweck erforderlichen anonymisierten Daten. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.¹⁴³

Viertes Kapitel Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt Allgemeine Grundsätze

§ 69 Anwendungsbereich

(1) Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 regeln abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den §§ 63, 64 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.

(2) Die §§ 1 bis 3 Absatz 1, die §§ 19 bis 21, 32 bis 34a, 48 bis 81 Absatz 2 Nummer 1, 2 Buchstabe a und 6 bis 11, Absatz 3 Nummer 1 und 2 sowie die §§ 81a bis 95 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Verträge und sonstige Vereinbarungen von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern oder deren Verbänden, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind. Satz 1 gilt auch nicht für Beschlüsse, Empfehlungen, Richtlinien oder sonstige Entscheidungen der Krankenkassen oder deren Verbände, zu denen sie gesetzlich verpflichtet sind, sowie für Beschlüsse, Richtlinien und sonstige Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, zu denen er gesetzlich verpflichtet ist.

(3) Auf öffentliche Aufträge nach diesem Buch sind die Vorschriften des Teils 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen anzuwenden.

(4) Bei der Vergabe öffentlicher Dienstleistungsaufträge nach den §§ 63 und 140a über soziale und andere besondere Dienstleistungen im Sinne des Anhangs XIV der Richtlinie 2014/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Februar 2014, die im Rahmen einer heilberuflichen Tätigkeit erbracht werden, kann der öffentliche Auftraggeber abweichend von § 119 Absatz 1

143 QUELLE

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 6b des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 3 „§ 68 Absatz 3“ durch „§ 68a Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.

und § 130 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sowie von § 14 Absatz 1 bis 3 der Vergabeverordnung andere Verfahren vorsehen, die die Grundsätze der Transparenz und der Gleichbehandlung gewährleisten. Ein Verfahren ohne Teilnahmewettbewerb und ohne vorherige Veröffentlichung nach § 66 der Vergabeverordnung darf der öffentliche Auftraggeber nur in den Fällen des § 14 Absatz 4 und 6 der Vergabeverordnung vorsehen. Von den Vorgaben der §§ 15 bis 36 und 42 bis 65 der Vergabeverordnung, mit Ausnahme der §§ 53, 58, 60 und 63, kann abgewichen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 17. April 2019 über die Anwendung dieses Absatzes durch seine Mitglieder.¹⁴⁴

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweck-

144 ÄNDERUNGEN

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat „Psychotherapeuten,“ nach „Zahnärzten,“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Dieses Kapitel regelt die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Apotheken und sonstigen Leistungserbringern.“

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 1c des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Satz 2 „ , dem Krankenhausentgeltgesetz“ nach „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 1 „der Bundes- und“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses und der“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 40a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 eingefügt.

18.12.2008.—Artikel 1 Nr. 1e lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Satz 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend; dies gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt.“

Artikel 1 Nr. 1e lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend; die §§ 97 bis 115 und 128 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Satz 1 gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt. Die in Satz 1 genannten Vorschriften gelten mit der Maßgabe, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist.“

18.04.2016.—Artikel 2 Abs. 12 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203) hat in Abs. 2 Satz 4 „Vierten Teils“ durch „Teils 4“ ersetzt.

06.08.2016.—Artikel 1a Nr. 1 des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1937) hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Vorschriften des Teils 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden.“

Artikel 1a Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

19.01.2021.—Artikel 7 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die §§ 1, 2, 3 Absatz 1, §§ 19, 20, 21, 32 bis 34a, 48 bis 80, 81 Absatz 2 Nummer 1, 2a und 6, Absatz 3 Nummer 1 und 2, Absatz 4 bis 10 und §§ 82 bis 95 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend.“

mäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.¹⁴⁵

§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

(1) Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) auf Grund der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

(2) Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre fest. Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, die die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach Satz 1 werden für die Jahre 2017 und 2018 die Mitglieder nicht berücksichtigt, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung vorrangig familienversichert gewesen wären.

(4) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, §§ 83 und 85 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b und 140a sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führen.

(6) Wird durch einen der in den §§ 73b, 127 und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse oder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse oder

145 ÄNDERUNGEN

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 2 „in der fachlich gebotenen Qualität sowie“ nach „und muß“ eingefügt.

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen kann bei einer solchen Anordnung den Vertrag auch außerordentlich kündigen. Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. Ein Zwangsgeld kann bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festgesetzt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine erhebliche Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist, sofern ein berechtigtes Interesse an der Feststellung besteht. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Die Sätze 1 bis 7 gelten auch für Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3. Die Sätze 1 und 4 bis 7 gelten entsprechend bei Verstößen gegen die Pflicht nach § 127 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2, Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dürfen keine Vorschläge in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen für den Vertragspartner beinhalten. Die Krankenkassen haben auf Verlangen der zuständigen Aufsichtsbehörde bezüglich der Einhaltung Nachweise zu erbringen.¹⁴⁶

146 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 33 § 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu beanstanden. Die vorgelegten Vereinbarungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären den Vertragsparteien zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Vereinbarungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandung gelten bisherige Vereinbarungen weiter.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2 in Abs. 4 unnummeriert und Abs. 2 und 3 eingefügt.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 1 Satz 1 „und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen“ nach „Buch“ gestrichen.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder für zusätzliche Maßnahmen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) auf Grund der Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 erbracht werden,“ nach „Früherkennungsmaßnahmen“ eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 83 Abs. 1“ durch „§ 57 Abs. 1 und 2, § 83“ ersetzt.

15.12.2005.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Abs. 3a eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 83 und den §§ 85, 125“ durch „§§ 83, 85, 85a, 125“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 41 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Übersteigt die Veränderungsrate in dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder die Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 1 jeweils diese Veränderungsraten anzuwenden.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet“ durch „anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 41 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „dass Beitragssatzerhöhungen“ durch „dass Beitragserhöhungen“ ersetzt und „ohne Beitragssatzerhöhungen“ nach „Wirtschaftlichkeitsreserven“ gestrichen.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Grundlage sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KV 45).“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Veränderungsdaten für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum gelten für die Vereinbarungen für das Kalenderjahr 2000 und werden am 4. Januar 2000 im Bundesanzeiger veröffentlicht.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a aufgehoben. Abs. 3a lautete:

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

Artikel 1 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „85, 85a,“ durch „85,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „§§ 73b, 73c“ durch „§§ 73c“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 2 „der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder“ nach „Anforderungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „§§ 73c“ durch „§§ 73b, 73c“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 4 Satz 1 „§§ 83, 85, 125 und 127“ durch „§§ 83 und 85“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 4 geändert. Abs. 4 lautete:

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

Artikel 1 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „§§ 73b, 73c und 140a bis 140d“ durch „§§ 73b und 140a“ und „vorzulegen“ durch „zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertrags-schließende Krankenkasse führen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen, Verträge nach § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 abzuschließen.“

01.08.2016.—Artikel 2a Nr. 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1710) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Zweiter Abschnitt
Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten¹⁴⁷

Erster Titel
Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung¹⁴⁸

§ 72 Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

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

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.¹⁴⁹

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 4b des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 6 Satz 8 bis 10 eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 7“ durch „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in der Überschrift „ , besondere Aufsichtsmittel“ am Ende eingefügt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 6 Satz 1 „§§ 73b“ durch „§§ 73b, 127“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 6 Satz 9 eingefügt.

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat in Abs. 6 Satz 2 „oder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen“ nach „Krankenkasse“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „oder Arbeitsgemeinschaft der Krankenkasse“ nach „Krankenkasse“ eingefügt.

147 **ÄNDERUNGEN**

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten“.

148 **ÄNDERUNGEN**

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung“.

149 **ÄNDERUNGEN**

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung“.

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

§ 72a Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen

(1) Haben mehr als 50 vom Hundert aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95b Abs. 1 verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, daß dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erfüllen insoweit die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag.

(2) An der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 wirkt die Kassenärztliche Vereinigung insoweit mit, als die vertragsärztliche Versorgung weiterhin durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte sowie durch ermächtigte Einrichtungen durchgeführt wird.

(3) Erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag, schließen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen. Sie können auch Eigeneinrichtungen gemäß § 140 Abs. 2 errichten. Mit Ärzten oder Zahnärzten, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichten (§ 95b Abs. 1), dürfen keine Verträge nach Satz 1 abgeschlossen werden.

(4) Die Verträge nach Absatz 3 dürfen mit unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. Die Höhe der vereinbarten Vergütung an Ärzte oder Zahnärzte soll sich an Inhalt, Umfang und Schwierigkeit der zugesagten Leistungen, an erweiterten Gewährleistungen oder eingeräumten Garantien oder vereinbarten Verfahren zur Qualitätssicherung orientieren. Ärzten, die unmittelbar nach der Feststellung der Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 Verträge nach Absatz 3 abschließen, können höhere Vergütungsansprüche eingeräumt werden als Ärzten, mit denen erst später Verträge abgeschlossen werden.

(5) Soweit für die Sicherstellung der Versorgung Verträge nach Absatz 3 nicht ausreichen, können auch mit Ärzten und geeigneten Einrichtungen mit Sitz im Ausland Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen werden.

(6) Ärzte oder Einrichtungen, mit denen nach Absatz 3 und 5 Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen worden sind, sind verpflichtet und befugt, die für die Erfüllung der Aufgaben

Artikel 1 Nr. 31 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die Verträge der Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten nach § 83 Abs. 3 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 31 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Absatz 3 gilt entsprechend für die knappschaftliche Krankenversicherung, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Bundesknappschaft nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.“

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 47 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte und Psychotherapeuten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“

Artikel 1 Nr. 47 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „der Bundesausschüsse“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

der Krankenkassen und die für die Abrechnung der vertraglichen Vergütung notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und den Krankenkassen mitzuteilen.¹⁵⁰

§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen

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

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

(1b) Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Der Hausarzt ist mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. Bei einem Haus-

150 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 42 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 und 3 Satz 1 jeweils „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 „ärztlich geleitete“ nach „durch ermächtigte“ gestrichen.

arztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- 7a. Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen; die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Psychotherapie,
13. Zweitmeinung nach § 27b,
14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.

Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Ergotherapie, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. Satz 1 Nummer 8 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.

(3) In den Gesamtverträgen ist zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur kassenärztlichen Versorgung nach Absatz 2 gehören, Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind.

(4) Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Das Verzeichnis nach § 39 Abs. 3 ist zu berücksichtigen.

(5) Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 beachten. Sie können auf dem Verordnungsblatt oder in dem elektronischen Verordnungsdatensatz ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben. Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

(6) Zur kassenärztlichen Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.

(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten oder für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(8) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der jeweiligen Preise und Entgelte zu informieren sowie nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischen Nutzen zu geben. Die Informationen und Hinweise für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgen insbesondere auf der Grundlage der Hinweise nach § 92 Abs. 2 Satz 3, der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 Satz 1 und der getroffenen Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1. In den Informationen und Hinweisen sind Handelsbezeichnung, Indikationen und Preise sowie weitere für die Verordnung von Arzneimitteln bedeutsame Angaben insbesondere auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in einer Weise anzugeben, die unmittelbar einen Vergleich ermöglichen; dafür können Arzneimittel ausgewählt werden, die einen maßgeblichen Anteil an der Versorgung der Versicherten im Indikationsgebiet haben. Die Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis sind nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation anzugeben. Es gilt die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation in der jeweils gültigen Fassung. Die Übersicht ist für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, im Regelfall jährlich, zu aktualisieren.

(9) Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln, von Verbandmitteln, von digitalen Gesundheitsanwendungen und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, nur solche elektronischen Programme nutzen, die mindestens folgende Inhalte mit dem jeweils aktuellen Stand enthalten:

1. die Informationen nach Absatz 8 Satz 2 und 3,
2. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8,
3. die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2,
4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a und des elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 notwendigen Funktionen und Informationen,
5. die Informationen nach § 35a Absatz 3a Satz 1 und
6. ab dem 1. Oktober 2023 das Schulungsmaterial nach § 34 Absatz 1f Satz 2 des Arzneimittelgesetzes und die Informationen nach § 34 Absatz 1h Satz 3 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 39 Absatz 2e des Arzneimittelgesetzes oder § 39d Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes

und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere insbesondere zu den Mindestanforderungen der Informationen nach Satz 1 Nummer 5 zu regeln. Es kann in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den weiteren Anforderungen nach Satz 1 regeln. Es kann dabei Vorgaben zur Abbildung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen zur Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten machen. Es kann auch Vorgaben zu semantischen und technischen Voraussetzungen zur Interoperabilität machen. Weitere Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren. Die Vereinbarungen in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 sind innerhalb von drei Monaten nach dem erstmaligen Inkraft-

treten der Rechtsverordnung nach den Sätzen 2 bis 4 sowie nach dem jeweiligen Inkrafttreten einer Änderung der Rechtsverordnung anzupassen. Sie sind davon unabhängig in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Auf die Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a findet Satz 1 vor dem 1. Januar 2023 keine Anwendung.

(10) Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen. In medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden; in diesem Fall sind auf die Verordnung die Regelungen der Verträge nach § 125 Absatz 1 anzuwenden. Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.¹⁵¹

151 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Nr. 9 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 10 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die kassenärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung bestimmen die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a bis 1c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung.“

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat in Abs. 2 Nr. 8 „und häuslicher Pflegehilfe“ am Ende gestrichen.

01.10.1995.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) hat in Abs. 2 Nr. 10 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 11 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Soweit sie bereits am 1. Januar 1993 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, treffen sie ihre Wahl bis zum 31. Dezember 1995. Der Zulassungsausschuß kann eine von Satz 2 abweichende, zeitlich befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nach Feststellung des Landesausschusses nicht gewährleistet ist. An der fachärztlichen Versorgung nehmen die Ärzte mit Gebietsbezeichnung teil, mit Ausnahme der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie derjenigen Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben gewählt haben. Der Zulassungsausschuß kann Ärzten für Allgemeinmedizin und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.“

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 1b durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Ein Hausarzt darf bei Ärzten, die einen seiner Patienten weiterbehandeln, die wesentlichen Behandlungsdaten und Befunde des Versicherten zum Zweck der Dokumentation erheben. Der einen Versicherten weiterbehandelnde Arzt ist verpflichtet, dem Hausarzt dieses Versicherten mit dessen Einverständnis die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei ihm durchzuführenden Dokumentation zu übermitteln. Der Hausarzt darf die ihm nach Satz 1 übermittelten Daten nur zu dem Zweck speichern und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“

Artikel 1 Nr. 29 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „und 11“ durch „bis 12“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 20 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Nr. 5 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie.“

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat in Abs. 5 Satz 2 „oder § 35a“ nach „§ 35“ eingefügt.

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat Abs. 8 eingefügt.

23.02.2002.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684) hat in Abs. 5 Satz 1 „und auf dem Verordnungsblatt ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 48 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 „; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „oder in dem elektronischen Verordnungsdatensatz“ nach „Verordnungsblatt“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 2 „der Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2“ durch „der Hinweise nach § 92 Abs. 2 Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 3 bis 6 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 48 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Nr. 2 „einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz;“ durch „und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Nr. 2a eingefügt.

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Abs. 8 Satz 7 und 8 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 8 Satz 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 7 aufgehoben. Abs. 7 lautete:

„(7) Über die Erbringung der ärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 4, die von einer Krankenkasse nach § 56 Abs. 1 oder 2 als Satzungsleistung vorgesehen sind, schließen die Partner der Gesamtverträge Vereinbarungen.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „und Bezugsquellen“ nach „Leistungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 7 „sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8“ nach „und 3“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1c aufgehoben. Abs. 1c lautete:

„(1c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung. Die Vertragsparteien regeln die Bedingungen, zu denen Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung bis zum 31. Dezember 1995 sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können.“

Artikel 6 Nr. 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 5 Satz 1 „ärztlich geleitete“ nach „ermächtigte“ gestrichen.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 8 „bis zum 31. Dezember 2006“ nach „Abs. 1“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 1a Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 12 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 13 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Satz 2 lautete: „Die Nummern 2 bis 8, 10 bis 12 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.“

Artikel 1 Nr. 25 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 9 und 10 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 13 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 14 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „bis 4, 6, 8, 10 und 11“ durch „bis 4, 6, 8, 10, 11 und 14“ ersetzt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Satz 7 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 7 lautete: „Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 7 Satz 1 „oder für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen“ nach „Versicherten“ eingefügt.

13.05.2017.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „oder § 35a“ nach „§ 35“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 7 bis 10 in Abs. 8 aufgehoben. Die Sätze 7 bis 10 lauteten: „Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, mindestens folgende Inhalte zum jeweils aktuellen Stand enthalten:

1. die Informationen nach den Sätzen 2 und 3,
2. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8,
3. die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 sowie
4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen

und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Abs. 1 zu vereinbaren. Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Ordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 bis zum 31. Januar 2016 zu vereinbaren.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 9 und 10 eingefügt.

31.07.2018.—Artikel 1 Nr. 5 lit. b des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 9 Satz 1 „ , von Verbandmitteln und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können,“ nach „Arzneimitteln“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 und Satz 3 bis 5 jeweils „Kinderärzte“ durch „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1b neu gefasst. Abs. 1b lautete:

„(1b) Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach den Sätzen 1 und 2 übermittelten Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, zu übermitteln. § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 bleibt unberührt. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen mit dessen Einverständnis vollständig zu übermitteln; der neue Hausarzt darf die in diesen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten erheben.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 2 „und zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a“ nach „Nummer 5“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 10 Satz 1 „sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten“ nach „Satz 4“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 11 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a eingefügt.

26.05.2020.—Artikel 16a Abs. 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) hat in Abs. 8 Satz 5 „Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat in Abs. 2 Satz 2 „bis 4, 6, 8, 10, 11“ durch „bis 4, 6, 10, 11“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Ergotherapie,“ nach „von“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Nr. 4 in Abs. 9 Satz 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen sowie“.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 „und außerklinischer Intensivpflege“ am Ende eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 2 Nr. 2a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 „; die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden“ am Ende eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 9 Satz 1 „, von digitalen Gesundheitsanwendungen“ nach „Verbandmittel“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. bb bis dd desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 Nr. 4 „sowie“ durch ein Komma ersetzt, in Abs. 9 Satz 1 Nr. 5 „und“ am Ende eingefügt und Abs. 9 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 9 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 0b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 11 Satz 2 „; in diesem Fall sind auf die Verordnung die Regelungen der Verträge nach § 125 Absatz 1 anzuwenden“ am Ende eingefügt.

27.07.2023.—Artikel 2 Nr. 4a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat in Abs. 9 Satz 1 Nr. 6 „1. Juli“ durch „1. Oktober“ ersetzt.

§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatoren gestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt unberührt. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 44 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Vertragspartner der Verträge nach § 82 Abs. 1 können Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Vereinbarungen nach Absatz 1 treffen, die von den Vertragspartnern nach Absatz 1 unter Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse ausgestaltet werden können. Sie schaffen in den Bestimmungen der Bundesmantelverträge die Voraussetzungen zur Durchführung der Verträge nach Absatz 1.“

AUFHEBUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 73a Strukturverträge

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlaßten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen; § 71 Abs. 1 gilt. Sie können für nach Satz 1 bestimmte Leistungen ein Budget vereinbaren. Das Budget umfaßt Aufwendungen für die von beteiligten Vertragsärzten erbrachten Leistungen; in die Budgetverantwortung können die veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 getroffenen Leistungsbewertungen abweichen. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist freiwillig.“

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

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

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

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

(4a) Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln; in Verträgen, die nach dem 31. März 2014 zustande kommen, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren. Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106d Absatz 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend. Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(5a) Kündigt die Krankenkasse einen Vertrag nach Absatz 4 und kommt bis zum Ablauf dieses Vertrages kein neuer Vertrag zustande, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter. Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3.

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

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

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.

(9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.¹⁵³

153 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 2 gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung). Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

(2) Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit

1. zugelassenen Hausärzten, die die Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 erfüllen, und Gemeinschaften dieser Hausärzte sowie
2. zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 gewährleisten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.

(3) In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die die Anforderungen nach § 73 Abs. 1b und 1c übersteigenden besonderen sächlichen und personellen Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung zu vereinbaren. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie diese hausarztzentrierte Versorgung zu vergüten ist, sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist. Bundesmantelvertragliche Regelungen sind möglich.

(4) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.“

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 1f lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 3 Satz 2 „; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1f lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 1 bis 4 in Abs. 4 durch die Sätze 1 bis 5 ersetzt. Die Sätze 1 bis 4 lauteten: „Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit

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

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.“

Artikel 1 Nr. 1f lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 6 „Satz 1“ durch „diesem Absatz“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1f lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

22.09.2010.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „können vereinbaren, dass Aufwendungen für“ durch „haben bei Vereinbarungen über“ ersetzt und „vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für die Leistungen“ nach „fallen,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 4a Satz 4 „und die Festlegung des Vertragsinhalts“ nach „Schiedsperson“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a Satz 5 eingefügt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Abs. 3 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 6 „Der Versicherte ist an diese Verpflichtung“ durch „Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Absatz 3 Satz 8 eingefügt.

01.04.2014.—Artikel 1 Nr. 1b lit. a litt. aa des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) hat in Abs. 5 Satz 1 „ ; in Verträgen, die nach dem 31. März 2014 zustande kommen, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1b lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5a aufgehoben. Abs. 5a lautete:

„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Die in den Sätzen 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden. Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 30. Juni 2014 § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden.“

Artikel 1 Nr. 1b lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 8 neu gefasst. Abs. 8 lautete:

„(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 haben bei Vereinbarungen über Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.“

Artikel 1 Nr. 1b lit. d desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 9 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Im Rahmen der Prüfung hat die Aufsichtsbehörde insbesondere auch die Einhaltung der Vorgabe nach Absatz 8 zu prüfen.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 7 „ihren Satzungen“ durch „den Teilnahmeerklärungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 8 „hat auch“ durch „der Krankenkasse hat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 7 lautete: „Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwändungsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind,

§ 73c Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit den Jugendämtern schließen, um die vertragsärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, bei denen Vertragsärzte im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 oder im Rahmen ihrer oder der ärztlichen Behandlung ihrer Familienangehörigen nach § 28 Anhaltspunkte für eine Gefährdung ihres Wohls feststellen. Satz 1 gilt nicht für Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnärzte.¹⁵⁴

das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“ Artikel 1 Nr. 27 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

„(9) Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Der Aufsichtsbehörde ist die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen. Sie kann zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden; die Schiedsperson hat den Vertrag vorzulegen.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 5 Satz 5 „§ 106a Abs. 3“ durch „§ 106d Absatz 3“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 5 Satz 7 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 2 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt und „Kinderarztes“ durch „Kinder- und Jugendarztes“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „in Textform“ durch „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „in Textform“ durch „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „§§ 20d, 25, 26, 37a“ durch „§§ 20i, 25, 26, 37a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

154 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 50 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 73c Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) In den Gesamtverträgen sollen Versorgungsaufträge vereinbart werden, deren Durchführung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie die Erfüllung dieser besonderen Versorgungsaufträge zu vergüten ist sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist. Bundesmantelvertragliche Regelungen sind möglich.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist zu regeln, ob Vertragsärzte, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie die vereinbarten Anforderungen erfüllen, einen Anspruch auf Durchführung der Versorgungsaufträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung haben. Wird keine Vereinbarung nach Satz 1 geschlossen, können Krankenkassen mit Vertragsärzten Verträge zur Durchführung der nach Absatz 1 gesamtvertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge schließen. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.“

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat Satz 2 in Abs. 2 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Satz 2 lautete: „Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat Satz 5 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden.“

Artikel 3 Nr. 2a lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 5 „zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung,“ nach „insbesondere“ eingefügt.

AUFHEBUNG

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen. § 73b Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendersersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach

§ 73d¹⁵⁵

diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“

QUELLE

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat die Vorschrift eingefügt.

155 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 47 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

AUFHEBUNG

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 73d Verordnung besonderer Arzneimittel

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln, insbesondere von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, bei denen auf Grund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte nach Absatz 2 für die jeweiligen Arzneimittel. In den Richtlinien ist das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt nach Absatz 2 zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist von einem Arzt nach Absatz 2 erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. In den Richtlinien sind angemessene Fristen für die Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Satz 1 unter Berücksichtigung des indikationsspezifischen Versorgungsbedarfs vorzusehen sowie das Nähere zur Verordnung ohne vorherige Abstimmung nach Satz 1 in Notfällen.

(2) Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlossenen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestimmt, sofern sie ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen legen. Kommt eine Einigung nach Satz 1 zweiter Halbsatz nicht in angemessener Frist zustande und sind hierdurch bessere Ergebnisse für die Versor-

§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen. Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum 30. November 2019 das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.¹⁵⁶

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

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

(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens

gung hinsichtlich der Patientenversorgung und der Wirtschaftlichkeit zu erwarten, kann die Krankenkasse nach vorheriger Ausschreibung durch Vertrag die Wahrnehmung der Aufgabe eines Arztes für besondere Arzneimitteltherapie auf einzelne der nach Satz 1 bestimmten Ärzte beschränken. Die Krankenkasse hat einen Vertrag nach Satz 2 der Kassenärztlichen Vereinigung spätestens zwei Monate vor Vertragsbeginn mitzuteilen. Verträge nach Satz 2 können jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalenderjahres mit Gültigkeit von mindestens zwei Jahren vereinbart werden. Abweichend von Satz 1 zweiter Halbsatz kann die Krankenkasse nach den §§ 116b und 117 tätige Ärzte mit deren Einvernehmen zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmen. Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung können nicht zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt werden.

(3) Arzneimittel, für die Richtlinien nach Absatz 1 gelten, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit diese nach Absatz 1 verordnet worden sind. Für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach Absatz 2 Satz 2 und 5 ist die Einhaltung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 durch Vereinbarung in diesen Verträgen zu gewährleisten und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben für die Freistellung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übermitteln; die §§ 296 bis 298 gelten entsprechend.

(4) Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Absatzes 1 zu verordnen, sobald im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung im Rahmen der auf Grund dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren sichergestellt ist; die Voraussetzungen hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen. Die Kassenärztliche Vereinigung gibt den Zeitpunkt in ihrem Mitteilungsblatt bekannt, ab dem das Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 gilt.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten für Diagnostika entsprechend.“

156 ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 2 und 3 eingefügt.

zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,
2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten,
3. Versicherte bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit telemedizinischen Leistungen zu unterstützen und
4. Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln.

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme

1. von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt,
2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung die Ersteinschätzung auf der Grundlage der nach § 120 Absatz 3b zu beschließenden Vorgaben einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat, und
3. der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 4

eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen. Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Arzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 5 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6 gelten entsprechend. Satz 7 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt, und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 8 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt einer Überweisung bedarf,
3. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 6, differenziert nach Arztgruppen,
4. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 8,
5. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis 12 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und § 29. Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine sowie hinsichtlich der Vermittlung eines Termins im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Termin-

vermittlung; sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. Soweit Vertragsärzte Leistungen in Form von Videosprechstunden anbieten, können die Vertragsärzte den Terminservicestellen freie Termine, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig melden.

(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Im Rahmen des Notdienstes sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens ab dem 31. März 2022 ergänzend auch telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Im Rahmen einer Kooperation nach Satz 3 zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern kann auch die Nutzung der technischen Ausstattung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen oder die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser vereinbart werden. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 5 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 3 einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden.

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a

in Verbindung mit § 403 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 404 sowie dem brancheneigenen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

(3c) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern

des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 134a Absatz 4 Satz 5 und 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen; § 129 Abs. 10 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(6) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen,
2. in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind,
3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,
- 3a. bis zum 31. Dezember 2021 Richtlinien zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen und vollständigen Bereitstellung von Informationen nach Absatz 1a Satz 2 auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,
4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2 aufzustellen,
5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements aufzustellen und
6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.

Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind. Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 3a sind die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f zu beteiligen. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.

(7a) Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß die zur Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten.¹⁵⁷

157 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 jeweils „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 und 2 jeweils „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ und in Abs. 2 Satz 2 „Kassenärzten“ durch „Vertragsärzten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ ersetzt.

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 34 lit. d des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 8 „sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung“ nach „Ärzten“ eingefügt.

01.10.1995.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) hat Abs. 9 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Sicherstellung umfaßt auch einen ausreichenden Notdienst.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Abs. 10 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 10 aufgehoben. Abs. 10 lautete:

„(10) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise können die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage der Richtlinien der Bundesausschüsse die Vertragsärzte über verordnungsfähige Leistungen und deren Preise oder Entgelte informieren sowie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen geben.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 0 des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen. Sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.“

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 51 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Abs. 7 Satz 3 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 48 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 3 „§ 85a“ durch „§ 87a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7a eingefügt.

01.07.2007.—Artikel 1 Nr. 48 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 3a bis 3c eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 8a lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 7a Satz 2 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 2 Nr. 8a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3a Satz 1 „sowie dem brancheneigenen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ nach „§ 315“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 2 „die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und“ nach „auch“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 „bis spätestens zum 30. Juni 2002“ nach „Richtlinien“ und „und“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b litt. bb und cc desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch „und“ ersetzt und Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7a Satz 1 „ab dem 1. Januar 2009“ nach „Nr. 2“ gestrichen.

01.08.2013.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in Abs. 3a Satz 1 „und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ nach „Versicherungsaufsichtsgesetzes“ eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Die Sicherstellung umfaßt auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. In den Gesamtverträgen nach § 83 ist zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.“

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a und 1b eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 21 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 3a Satz 1 „§ 12a Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h“ durch „§ 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 21 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 2 „§ 12 Abs. 1d“ durch „§ 158 Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 1a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1b Satz 2 „; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden“ am Ende eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1a Satz 1 „fachärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. a litt. bb bis nn desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 15 in Abs. 1a durch die Sätze 2 bis 18 ersetzt. Die Sätze 2 bis 15 lauteten: „Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatelkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 hat die

Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum 23. Oktober 2015 insbesondere Regelungen zu treffen

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

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

Artikel 1 Nr. 36 lit. a litt. oo desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 20 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3c Satz 5 „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ durch „§ 134a Absatz 4 Satz 5 und 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 „Notdienstnummer“ durch „Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2“ und den Punkt durch ein Komma ersetzt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. aa littt. ccc desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 und 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 4 eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 3a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat in Abs. 1a Satz 14 „sowie hinsichtlich der Vermittlung eines Termins im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b“ nach „Behandlungstermine“ eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 3a Satz 1 „§ 314“ durch „§ 401“ und „§ 315“ durch „§ 402“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Nr. 3 in Abs. 1a Satz 3 in Nr. 4 unnummeriert, in Abs. 1a Satz 3 Nr. 2 „und“ am Ende gestrichen und Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 4 „Nummer 3“ durch „Nummer 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 21 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 1b Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1b Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1b Satz 6 „Satz 3“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1b Satz 7 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 1 Nr. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 4 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 „spätestens zum 1. Januar 2020“ nach „Versicherten“ gestrichen und „ , in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation,“ nach „Versorgungsebene“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 4 lautete: „Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 4 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.“

§ 75a Förderung der Weiterbildung

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

(2) Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7 500 betragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

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

Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen. Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

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

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

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

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 „§ 401“ durch „§ 403“ und „§ 402“ durch „§ 404“ ersetzt.

2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,
3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, und für die Qualifizierung von Weiterbildern bereitgestellt werden,
4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen so wie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

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

(9) Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin, zu fördern.¹⁵⁸

§ 75b¹⁵⁹

158 QUELLE

24.07.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 4 Satz 1 „bis zum 23. Oktober 2015“ nach „Krankenhausgesellschaft“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 37 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Nr. 3 „und für die Qualifizierung von Weiterbildern“ nach „können,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 2 „1 000 Stellen zu fördern“ durch „2 000 Stellen zu fördern und es ist eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 2f des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Satz 2 in Abs. 9 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Es sind bundesweit bis zu 2 000 Stellen zu fördern und es ist eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen.“

159 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 8a lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die in der Richtlinie festzulegenden Anforderungen müssen geeignet sein, abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential, Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse der vertragsärztlichen Leistungserbringer in Bezug auf Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit zu vermeiden.“

Artikel 1 Nr. 8a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „nach § 8a Absatz 1 des BSI-Gesetzes“ nach „Vorkehrungen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8a lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der“ nach „2020“ und „Personen“ nach „diese“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8a lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ nach „Zertifizierung“ eingefügt.

AUFHEBUNG

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 75b Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen legen bis zum 30. Juni 2020 in einer Richtlinie die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung fest. Die Richtlinie umfasst auch Anforderungen an die sichere Installation und Wartung von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur, die in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung genutzt werden.

(2) Die in der Richtlinie festzulegenden Anforderungen müssen geeignet sein, abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential und dem Schutzbedarf der verarbeiteten Informationen, Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse der vertragsärztlichen Leistungserbringer in Bezug auf Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit sowie der weiteren Sicherheitsziele zu vermeiden.

(3) Die in der Richtlinie festzulegenden Anforderungen müssen dem Stand der Technik entsprechen und sind jährlich an den Stand der Technik und an das Gefährdungspotential anzupassen. Die in der Richtlinie festzulegenden Anforderungen sowie deren Anpassungen erfolgen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie im Benehmen mit dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen. Die Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 legen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusätzlich im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik fest.

(4) Die Richtlinie ist für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich. Die Richtlinie ist nicht anzuwenden für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung im Krankenhaus, soweit dort bereits angemessene Vorkehrungen getroffen werden. Angemessene Vorkehrungen im Sinne von Satz 2 gelten als getroffen, wenn die organisatorischen und technischen Vorkehrungen nach § 8a Absatz 1 des BSI-Gesetzes oder entsprechende branchenspezifische Sicherheitsstandards umgesetzt wurden.

(5) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen ab dem 30. Juni 2020 die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anbieter im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf deren Antrag zertifizieren, wenn diese Personen über die notwendige Eignung verfügen, um die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei der Umsetzung der Richtlinie sowie deren Anpassungen zu unterstützen. Die Vorgaben für die Zertifizierung werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen bis zum 31. März 2020 erstellt. In Bezug auf die Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 legen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Vorgaben für die Zertifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anbieter nach Satz 1 im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik fest.“

160 QUELLE

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 8b des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 75c IT-Sicherheit in Krankenhäusern

(1) Ab dem 1. Januar 2022 sind Krankenhäuser verpflichtet, nach dem Stand der Technik angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit sowie der weiteren Sicherheitsziele ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patienteninformationen maßgeblich sind. Organisatorische und technische Vorkehrungen sind angemessen, wenn der dafür erforderliche Aufwand nicht außer Verhältnis zu den Folgen eines Ausfalls oder einer Beeinträchtigung des Krankenhauses oder der Si-

§ 76 Freie Arztwahl

(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.

(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen; dies gilt auch, wenn die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz vermittelt. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Der Versicherte wählt einen Hausarzt. Der Arzt hat den Versicherten vorab über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73) zu unterrichten; eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben.

(3a) Die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) Die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung können unter den Knappschaftsärzten und den in Absatz 1 genannten Personen und Einrichtungen frei wählen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.¹⁶¹

cherheit der verarbeiteten Patienteninformationen steht. Die informationstechnischen Systeme sind spätestens alle zwei Jahre an den aktuellen Stand der Technik anzupassen.

(2) Die Krankenhäuser können die Verpflichtungen nach Absatz 1 insbesondere erfüllen, indem sie einen branchenspezifischen Sicherheitsstandard für die informationstechnische Sicherheit der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus in der jeweils gültigen Fassung anwenden, dessen Eignung vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik nach § 8a Absatz 2 des BSI-Gesetzes festgestellt wurde.

(3) Die Verpflichtung nach Absatz 1 gilt für alle Krankenhäuser, soweit sie nicht ohnehin als Betreiber Kritischer Infrastrukturen gemäß § 8a des BSI-Gesetzes angemessene technische Vorkehrungen zu treffen haben.“

161 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete:

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „Satz 1“ nach „Abs. 2“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Zweiter Titel Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

§ 77 Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, können sich diese nach Absatz 2 vereinigen.

(2) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Kassenärztliche Vereinigungen auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 155 Absatz 2, 5 und 6 gilt entsprechend. Die Bundesvereinigung nach Absatz 4 ist vor der Vereinigung zu hören. Die gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung kann nach Bereichen der an der Vereinigung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen getrennte Gesamtverträge längstens für bis zu vier Quartale anwenden. Darüber hinaus können die Vertragspartner der Gesamtverträge unterschiedliche Vergütungen im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde vereinbaren, soweit es zum Ausgleich unterschiedlicher landesrechtlicher Bestimmungen oder aus anderen besonderen Gründen erforderlich ist.

Artikel 1 Nr. 35 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung“ durch „die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Versicherten der Ersatzkassen können unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung unter den Knappschaftsärzten und den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen frei wählen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.“

01.10.1995.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie“ nach „Zahnärzten“ durch ein Komma ersetzt und „sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9“ nach „Krankenhäusern“ eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 31 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 3 Satz 3 „ ; eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben“ am Ende eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 52 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „den medizinischen Versorgungszentren,“ nach „zugelassenen Ärzten,“ eingefügt und „ermächtigten“ durch „den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „oder ärztlich geleiteten Einrichtungen“ durch „ , ärztlich geleiteten Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren“ ersetzt.

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 4a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 1 Satz 4 „Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen dürfen“ durch „Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „ärztlich geleiteten“ nach „teilnehmenden“ und in Abs. 2 „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzte,“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 31 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 1a eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1a Satz 1 „Satz 6“ durch „Satz 7“ ersetzt und „ ; dies gilt auch, wenn die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz vermittelt“ am Ende eingefügt.

(3) Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte, die in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1a und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen). Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die für sie zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden insbesondere in Fragen der Rechtsetzung kurzzeitig personell unterstützen. Dadurch entstehende Kosten sind ihnen grundsätzlich zu erstatten; Ausnahmen werden in den jeweiligen Gesetzen zur Feststellung der Haushalte von Bund und Ländern festgelegt.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

(6) §§ 88, 94 Abs. 1a bis 4 und § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 des Zehnten Buches gelten entsprechend. Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 1 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches beauftragt, eine ihr obliegende Aufgabe wahrzunehmen und hiermit eine Verarbeitung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden ist, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten Verantwortliche. § 80 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Satz 1 Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragsverarbeiter anzuzeigen ist.¹⁶²

162 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ und „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 53 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Kassenärztliche Vereinigungen, deren Bereiche am 1. Januar 1989 von der Regelung nach Satz 1 abweichen, bestehen fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagen.“

Artikel 1 Nr. 53 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Absatz 1 Satz 2 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.“

(3) Ordentliche Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind die zugelassenen Ärzte. Außerordentliche Mitglieder der für die Führung des Arztregisters zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind die in das Arztregister eingetragenen nichtzugelassenen Ärzte.“

Artikel 1 Nr. 53 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden durch ihre Vorstände oder einzelne Vorstandsmitglieder gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Das Nähere bestimmt die Satzung.“

30.03.2005.—Artikel 4 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat Abs. 4 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 4 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 3 „, die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte“ nach „angestellten Ärzte“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 48a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 durch Satz 2 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Soweit in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10 000 Mitgliedern bestehen, werden diese zusammen-

§ 77a Dienstleistungsgesellschaften

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

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

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

(3) Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist ausgeschlossen.¹⁶³

§ 77b Besondere Regelungen zu Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Vor der Entscheidung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen im Sinne des § 85 Absatz 1 des Vierten Buches sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an solchen Einrichtungen ist die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch den Vorstand auf der Grundlage geeigneter Daten umfassend über die Chancen und Risiken der beab-

gelegt. Sind in einem Land mehrere Kassenzahnärztliche Vereinigungen mit weniger als 5 000 Mitgliedern vorhanden, werden diese ebenfalls zusammengelegt.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die zu vereinigenden Kassenärztlichen Vereinigungen führen die erforderlichen Organisationsänderungen im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder durch. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können längstens bis zum 31. Dezember 2006 für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 1 bis 3e vereinbaren und unterschiedliche Verteilungsmaßstäbe gemäß § 85 Abs. 4 anwenden. Im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde können die Vertragspartner nach § 83 gemeinsam eine Verlängerung der in Satz 2 genannten Frist um bis zu vier Quartale vereinbaren, falls dies aus besonderen Gründen erforderlich ist.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „ , die in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzte“ vor „und die“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „§ 94“ durch „§§ 88, 94“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat in Abs. 3 Satz 2 „halbtags“ durch „zehn Stunden pro Woche“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3 Satz 1 „Absatz 1 Satz 2“ durch „Absatz 1a“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 6 Satz 2 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ und „verantwortliche Stelle nach § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches“ durch „Verantwortliche“ ersetzt.

Artikel 123 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „Absatz 3“ durch „Absatz 1“ und „Auftragnehmer“ durch „Auftragsverarbeiter“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 2 Satz 3 „§ 144 Absatz 2 bis 4“ durch „§ 155 Absatz 2, 5 und 6“ ersetzt.

163 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

sichtigten Betätigung zu unterrichten. Die Entscheidung des Vorstandes nach Satz 1 bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung.

(2) Der Vorstand hat zur Information der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen jährlich einen Bericht über die Einrichtungen zu erstellen, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind. Der Beteiligungsbericht muss zu jeder Einrichtung mindestens Angaben enthalten über

1. den Gegenstand der Einrichtung, die Beteiligungsverhältnisse, die Besetzung der Organe der Einrichtung und die Beteiligungen der Einrichtung an weiteren Einrichtungen,
2. den fortbestehenden Zusammenhang zwischen der Beteiligung an der Einrichtung und den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
3. die Grundzüge des Geschäftsverlaufs der Einrichtung, die Ertragslage der Einrichtung, die Kapitalzuführungen an und die Kapitalentnahmen aus der Einrichtung durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Auswirkungen der Kapitalzuführungen und Kapitalentnahmen auf die Haushaltswirtschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Einrichtung gewährten Sicherheiten,
4. die im Geschäftsjahr gewährten Gesamtbezüge der Mitglieder der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates, des Beirates oder eines ähnlichen Gremiums der Einrichtung für jedes einzelne Gremium sowie die im Geschäftsjahr gewährten Bezüge eines jeden Mitglieds dieser Gremien unter Namensnennung.

Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind, und für Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit § 77 Absatz 6 Satz 1, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind.¹⁶⁴

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

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

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

(3) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(4) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(5) Die Kosten der Tätigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden nach Maßgabe des Haushaltsplans durch die Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß den Vorgaben

164 QUELLE

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat Abs. 3 aufgehoben und Abs. 4 in Abs. 3 unnummeriert. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Absatz 1a des Zehnten Buches in Verbindung mit § 77 Absatz 6 Satz 1, an denen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beteiligt sind, gilt § 89 des Vierten Buches entsprechend.“

der Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgebracht, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt werden. Für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gelten für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 bis 86 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. Die Jahresrechnung nach § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist für das abgelaufene Haushaltsjahr bis zum 1. Oktober des Folgejahres aufzustellen und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Betriebsmittel dürfen die Ausgaben nicht übersteigen, die nach dem Haushaltsplan der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf eineinhalb Monate entfallen. Rücklagen sind zulässig, sofern sie angemessen sind und für einen den gesetzlichen Aufgaben dienenden Zweck bestimmt sind. Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verwenden oder an die Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzuzahlen.

(6) Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gelten für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken die §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, die §§ 72 bis 77 Absatz 1 und die §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 bis 86 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend.¹⁶⁵

§ 78a Aufsichtsmittel in besonderen Fällen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Ergibt sich nachträglich, dass eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, oder bedarf eine Satzung wegen nachträglich eingetretener rechtlicher oder tatsächlicher Umstände, die zur Rechtswidrigkeit der Satzung führen, einer Änderung, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornehmen. Kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Anordnung in-

165 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 3 Satz 3 „und 79“ durch „und 79a“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2970) hat in Abs. 3 Satz 3 „in Verbindung mit Abs. 3a“ nach „und 2“ eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 54 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 3 Satz 3 „ , für die Verwendung der Mittel der Kassenärztlichen Vereinigungen § 305b“ nach „Buches“ eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 Satz 3 „und 5“ durch „und 3“ ersetzt. Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554) hat diese Änderung zurückgenommen.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79a Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches, für die Verwendung der Mittel der Kassenärztlichen Vereinigungen § 305b entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 6 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 5 Satz 2 „bis 83 und 85“ durch „bis 86“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „und 85“ durch „bis 86“ ersetzt und „sowie § 220 Absatz 1 Satz 2“ nach „Buches“ eingefügt.

nerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.

(2) Ist zur Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften oder aufsichtsrechtlichen Verfügungen ein Beschluss der Vertreterversammlung erforderlich, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, dass dieser Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist gefasst wird. Wird der erforderliche Beschluss innerhalb der Frist nicht gefasst, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss der Vertreterversammlung ersetzen.

(3) Verstößt ein Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gegen ein Gesetz oder gegen sonstiges für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen maßgebendes Recht, so kann die Aufsichtsbehörde anordnen, den Beschluss innerhalb einer bestimmten Frist aufzuheben. Mit Zugang der Anordnung darf der Beschluss nicht vollzogen werden. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, dass Maßnahmen, die aufgrund des Beschlusses getroffen wurden, rückgängig gemacht werden. Kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde den Beschluss aufheben.

(4) Einer Anordnung mit Fristsetzung bedarf es nicht, wenn ein Beschluss nach Absatz 1 oder Absatz 2 auf Grund gesetzlicher Regelungen innerhalb einer bestimmten Frist zu fassen ist. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Absätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.¹⁶⁶

§ 78b Entsendte Personen für besondere Angelegenheiten bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(1) Solange und soweit die ordnungsgemäße Verwaltung bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gefährdet ist, kann die Aufsichtsbehörde eine Person an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsenden, diese Person mit der Wahrnehmung von Aufgaben bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betrauen und ihr hierfür die erforderlichen Befugnisse übertragen. Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn

1. ein Mitglied des Vorstandes interne oder externe Maßnahmen ergreift, die nicht im Einklang mit den eigenen Verwaltungsvorschriften oder satzungsrechtlichen oder gesetzlichen Vorschriften stehen,
2. ein Mitglied des Vorstandes Handlungen vornimmt, die die interne Organisation der Verwaltung oder auch die Zusammenarbeit der Organe untereinander erheblich beeinträchtigen,
3. die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist oder
4. hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat.

Die Aufsichtsbehörde kann die Person in diesen Fällen zur Beratung und Unterstützung des Vorstandes oder der Vertreterversammlung, zur Überwachung der Umsetzung von Aufsichtsverfügungen oder zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen gegen Organmitglieder oder ehemalige Organmitglieder entsenden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt, in welchem Umfang die entsandte Person im Innenverhältnis anstelle der Organe handeln darf. Die Befugnisse der Organe im Außenverhältnis bleiben unberührt. Die Entsendung erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

(2) Die nach Absatz 1 entsandte Person ist im Rahmen ihrer Aufgaben berechtigt, von den Mitgliedern der Organe und von den Beschäftigten der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen. Sie kann an allen Sitzungen der Organe und sonstigen Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in beratender Funktion teilnehmen, die Geschäftsräume der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betreten und Nachforschungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben anstellen. Die Organe und Organmitglieder haben die entsandte Person bei

166 QUELLE

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

der Wahrnehmung von deren Aufgaben zu unterstützen. Die entsandte Person ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Auskunft über alle Erkenntnisse zu geben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit gewonnen hat.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewähren der nach Absatz 1 entsandten Person eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festgesetzt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen zudem die übrigen Kosten, die durch die Entsendung entstehen.

(4) Der Entsendung der Person hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Verwaltung zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1 oder gegen die Entsendung der Person haben keine aufschiebende Wirkung.¹⁶⁷

§ 78c Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit

Sofern schutzwürdige Belange Dritter nicht entgegenstehen, hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2018, einen Bericht über aufsichtsrechtliche Maßnahmen nach § 78a Absatz 1 bis 3, § 78b Absatz 1 und 4 Satz 1 und § 79a Absatz 1a und 2 Satz 1, über den Erlass von Verpflichtungsbescheiden nach § 89 Absatz 1 Satz 2 des Vierten Buches in Verbindung mit § 78 Absatz 3 Satz 2 sowie über den Sachstand der Aufsichtsverfahren vorzulegen.¹⁶⁸

§ 79 Organe

(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden eine Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 40 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung oder mehr als 2 000 Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung oder mehr als 5 000 Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf bis zu 50 erhöht werden. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder.

(3) Die Vertreterversammlung hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Körperschaft von grundsätzlicher Bedeutung sind,
4. den Haushaltsplan festzustellen,
5. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
6. die Körperschaft gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
7. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.

167 QUELLE
01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

168 QUELLE
01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 4a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

Sie kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über die Angelegenheiten der Körperschaft verlangen. Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Rechte nach den Sätzen 2 und 3 auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen ihrer Mitglieder geltend machen. Der Vorstand hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die Nebentätigkeit in ärztlichen Organisationen zu informieren.

(3a) In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen einschließlich der Wahlen nach § 80 Absatz 2 sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände nach Satz 1 und zur Stimmengewichtung nach Satz 2 regelt die Satzung bis spätestens zum 1. November 2015; der Satzungsbeschluss bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.

(3b) Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat ihre Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. Sie hat ihre Sitzungen zu protokollieren. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ein Wortprotokoll verlangen. Abstimmungen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erfolgen in der Regel nicht geheim. Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt. Eine namentliche Abstimmung erfolgt über die in der Satzung nach § 81 Absatz 1 festzulegenden haftungsrelevanten Abstimmungsgegenstände. Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind in der Regel öffentlich. Die Öffentlichkeit kann nur in besonderen Fällen ausgeschlossen werden, insbesondere wenn berechtigte Interessen Einzelner einer öffentlichen Sitzung entgegenstehen.

(3c) Verpflichtet sich ein Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen außerhalb seiner Tätigkeit in der Vertreterversammlung durch einen Dienstvertrag, durch den ein Arbeitsverhältnis nicht begründet wird, oder durch einen Werkvertrag gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu einer Tätigkeit höherer Art, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Zustimmung der Vertreterversammlung ab. Gewähren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgrund des Dienstvertrages oder des Werkvertrages dem Mitglied der Vertreterversammlung eine Vergütung, ohne dass die Vertreterversammlung diesem Vertrag zugestimmt hat, so hat das Mitglied der Vertreterversammlung die Vergütung zurückzugewähren, es sei denn, dass die Vertreterversammlung den Vertrag nachträglich genehmigt. Ein Anspruch des Mitglieds der Vertreterversammlung gegen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf Herausgabe der durch die geleistete Tätigkeit erlangten Bereicherung bleibt unberührt. Der Anspruch kann jedoch nicht gegen den Rückgewähranspruch aufgerechnet werden.

(3d) Die Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder der Vertreterversammlung einschließlich Nebenleistungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmals zum 1. März 2017, von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Bundesanzeiger und gleichzeitig in den jeweiligen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen.

(4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung besteht aus bis zu drei Mitgliedern; besteht der Vorstand aus mehreren Mitgliedern, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht aus drei Mitgliedern; dem Vorstand müssen mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Bei Meinungsverschiedenheiten im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entscheidet der Vorstand mit der Mehrheit seiner Mitglieder. Bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Wird ein Arzt in den hauptamtlichen Vorstand gewählt, kann er eine ärztliche Tätigkeit als Nebentätigkeit in begrenztem Umfang weiterführen oder seine Zulassung ruhen lassen. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird

während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt; die Wiederwahl ist möglich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie auf der Internetseite der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung mitzuteilen.

(5) Der Vorstand verwaltet die Körperschaft und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Körperschaft vertreten können.

(6) Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 1 verlangen, dass ihr die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorlegen. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.

(7) Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation zu ergreifen. In der Verwaltungsorganisation ist insbesondere ein angemessenes internes Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und mit einer unabhängigen internen Revision einzurichten. Die interne Revision berichtet in regelmäßigen Abständen dem Vorstand sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde. Beziehen sich die festgestellten Verstöße auf das Handeln von Vorstandsmitgliedern, so ist auch der Vertreterversammlung zu berichten.¹⁶⁹

169 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 55 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 79 Selbstverwaltungsorgane

(1) Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören.

(3) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen die Satzungen die Zahl der Vorstandsmitglieder.

(4) Für die Haftung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gilt § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Die Höhe der jährlichen Entschädigungszahlungen an die einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht zum 1. März 2004 im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung mitzuteilen.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 4 Satz 5 „ , es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt“ nach „Jahre“ eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 6 Satz 1 „Abs. 7“ durch „Absatz 6a, 7“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 3a eingefügt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Abs. 3 Satz 3 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „einschließlich der Wahlen nach § 80 Absatz 2“ nach „Abstimmungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3b, 3c und 3d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 9 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 9 lautete: „Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2005 im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu veröffentlichen.“

Artikel 1 Nr. 40 lit. c litt. a desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 1 lautete: „§ 35a Abs. 1 Satz 3 und 4, Abs. 2, 5 Satz 1, Absatz 6a, 7 und § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 40 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 5 bis 9 eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 3e eingefügt.

01.10.2020.—Artikel 18 Abs. 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 3e aufgehoben. Abs. 3e lautete:

„(3e) Die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 3e eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 0c lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 4 Satz 1 „ ; besteht der Vorstand aus mehreren Mitgliedern, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ am Ende eingefügt.

§ 79a Verhinderung von Organen; Bestellung eines Beauftragten

(1) Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen sich weigert, ihre oder seine Geschäfte zu führen, nimmt auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufsichtsbehörde selbst oder ein von ihr bestellter Beauftragter die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wahr. Auf deren Kosten werden ihre Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder durch den von ihr bestellten Beauftragten auch dann geführt, wenn die Vertreterversammlung oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährden, insbesondere wenn sie die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen und der Satzung verwalten, die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung betreiben oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigen oder treffen.

(1a) Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sich weigert, ihre oder seine Geschäfte zu führen, kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst führen oder einen Beauftragten bestellen und ihm ganz oder teilweise die Befugnisse eines oder mehrerer Organe der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übertragen. Dies gilt auch, wenn die Vertreterversammlung oder der Vorstand die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährdet, insbesondere wenn sie oder er die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen oder mit der Satzung verwaltet, die Auflösung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen betreibt oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigt oder trifft.

(1b) Die Bestellung eines Beauftragten nach Absatz 1a erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Befugnisse und Rechte des Organs, für das der Beauftragte bestellt wird, ruhen in dem Umfang und für die Dauer der Bestellung im Innen- und Außenverhältnis. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewähren dem nach Absatz 1a bestellten Beauftragten eine Vergütung und angemessene Auslagen. Die Höhe der Vergütung wird von der Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt gegenüber den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen festgesetzt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen zudem die übrigen Kosten, die durch die Bestellung des Beauftragten entstehen. Werden dem Beauftragten Befugnisse des Vorstandes übertragen, ist die Vergütung des Vorstandes entsprechend zu kürzen.

(2) Der Führung der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde oder der Bestellung eines Beauftragten hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 1, gegen die Entscheidung über die Bestellung eines Beauftragten oder gegen die Wahrnehmung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr bestellten Beauftragten haben die Stellung des Organs der Kassenärztlichen Vereinigung, für das sie die Geschäfte führen.¹⁷⁰

Artikel 1 Nr. 0c lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „; dem Vorstand müssen mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ am Ende eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 1a Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) in Verbindung mit Artikel 20j des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) und Artikel 6j des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat Abs. 3e aufgehoben. Abs. 3e lautete:

„(3e) Die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“

170 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

§ 79b Beratender Fachausschuß für Psychotherapie

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuß für Psychotherapie gebildet. Der Ausschuss besteht aus sechs Psychotherapeuten, von denen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sein muss, sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden. Für die Wahl der Mitglieder des Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, daß die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses zugelassene Psychotherapeuten sein müssen. Dem Ausschuß ist vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berührenden wesentlichen Fragen rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Seine Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Das Nähere regelt die Satzung. Die Befugnisse der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleiben unberührt.¹⁷¹

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 56 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „zu Selbstverwaltungsorganen“ durch „der Vertreterversammlung und des Vorstandes“ und „Selbstverwaltungsorgane“ durch „die Vertreterversammlung oder der Vorstand“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Selbstverwaltungsorgane“ durch „die Vertreterversammlung oder der Vorstand“ ersetzt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Solange und soweit die Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstandes nicht zustande kommt oder die Vertreterversammlung oder der Vorstand sich weigern, ihre Geschäfte zu führen, nimmt auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufsichtsbehörde selbst oder ein von ihr bestellter Beauftragter die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wahr.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a und 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Der Übernahme der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder der Einsetzung eines Beauftragten hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde der Kassenärztlichen Vereinigung aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Widerspruch und Klage gegen die Anordnung und die Entscheidung über die Bestellung des Beauftragten oder die Wahrnehmung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch die Aufsichtsbehörde selbst haben keine aufschiebende Wirkung.“

171 QUELLE

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 57 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 2 „ordentlichen“ vor „Mitglieder“ gestrichen.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 4 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Abweichend von Satz 2 werden für die laufende Wahlperiode der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landes- und Bundesebene von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde berufen.“

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Satz 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Ausschuß besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden.“

§ 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse

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

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

Die Fachausschüsse nach Satz 1 Nummer 1 und 2 bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind. Der Fachausschuss nach Satz 1 Nummer 3 besteht aus Mitgliedern, die angestellte Ärztinnen und Ärzte nach § 77 Absatz 3 Satz 2 sind. Weitere beratende Fachausschüsse können gebildet werden. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse, insbesondere für rehabilitationsmedizinische Fragen sind von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Das Nähere über die beratenden Fachausschüsse und ihre Zusammensetzung regelt die Satzung. § 79b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.¹⁷²

§ 80 Wahl und Abberufung

(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Wahlen erfolgen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Die Psychotherapeuten wählen ihre Mitglieder der Vertreterversammlung entsprechend den Sätzen 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten sind. Das Nähere zur Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung, einschließlich des Anteils der übrigen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, bestimmt die Satzung.

(1a) Der Vorsitzende und jeweils ein Stellvertreter des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die weiteren Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigt werden.

(2) Die Vertreterversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl

1. aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden,
2. die Mitglieder des Vorstandes,
3. den Vorsitzenden des Vorstandes und den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes.

172 QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 21 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Satz 2 „ , insbesondere für rehabilitationsmedizinische Fragen“ nach „Fachausschüsse“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 1 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung gebildet, der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Sätze 1 und 2 durch die Sätze 1 bis 3 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und ein beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet. Beide Fachausschüsse bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind.“

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und sein Stellvertreter dürfen nicht zugleich Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes sein. Für jeweils ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt die Wahl auf der Grundlage von getrennten Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Mindestens ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darf weder an der hausärztlichen noch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Für die Wahl des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung erforderlich. Kommt eine solche Mehrheit nicht zustande, so genügt im dritten Wahlgang die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.

(3) Die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden für sechs Jahre gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl jeweils mit dem Schluß des sechsten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit bis zur Amtsübernahme ihrer Nachfolger im Amt.

(4) Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann ihren Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter der Vertreterversammlung verletzt hat oder seine Informationspflichten gegenüber der Vertreterversammlung verletzt hat. Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Mit dem Beschluss über die Abberufung muss die Vertreterversammlung gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden oder den stellvertretenden Vorsitzenden wählen. Die Amtszeit des abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen stellvertretenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.¹⁷³

173 ÄNDERUNGEN

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 1a eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 58 lit. a und b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 und 1a neu gefasst. Abs. 1 und 1a lauteten:

„(1) Die ordentlichen und die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen. Die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten, höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Vertreter der ordentlichen Mitglieder jeder Vertreterversammlung wählen aus dem Kreis der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder.“

(1a) Die Psychotherapeuten, die ordentliche und außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, wählen getrennt aus ihrer Mitte und getrennt von den übrigen Mitgliedern in unmittelbarer und geheimer Wahl ihre Mitglieder in die Vertreterversammlungen. Sie sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen und außerordentlichen ärztlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Vertreterversammlungen vertreten, höchstens aber mit einem Zehntel der Mitglieder der Vertreterversammlung. Der Anteil, der auf die Psychotherapeuten entfällt, die außerordentliche Mitglieder sind, ergibt sich aus dem Verhältnis ihrer Zahl zu der der Psychotherapeuten, die ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind, beträgt aber höchstens ein Fünftel der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt für die Wahl der Vertreter der Psychotherapeuten in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 58 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Selbstverwaltungsorgane“ durch „Vertreterversammlung“ und „vier“ durch „sechs“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „vierten“ durch „sechsten“ ersetzt.

§ 81 Satzung

(1) Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl und Zahl der Mitglieder der Organe,
3. Öffentlichkeit und Art der Beschlussfassung der Vertreterversammlung,
4. Rechte und Pflichten der Organe und der Mitglieder,
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
7. Änderung der Satzung,
8. Entschädigungsregelung für Organmitglieder einschließlich der Regelungen zur Art und Höhe der Entschädigungen,
9. Art der Bekanntmachungen,
10. die vertragsärztlichen Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrags.

Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

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

(3) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen

1. die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abzuschließenden Verträge und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind,
2. die Richtlinien nach § 75 Abs. 7, § 92 § 136 Absatz 1 und § 136a Absatz 4 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind.

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten für die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.

(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Maßnahmen nach Satz 1 sind je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren. Das Höchstmaß der Geldbußen kann bis zu fünfzigtausend Euro betragen. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt.¹⁷⁴

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Wahlen“.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

174 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 jeweils „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „kassen- oder“ nach „ihre“ gestrichen.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 3 Nr. 2 „§ 135 Abs. 3“ durch „§§ 136a und 136b Abs. 1 und 2“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 5 Satz 3 „20 000 Deutsche Mark“ durch „Zehntausend Euro“ ersetzt.

§ 81a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen richten organisatorische Einheiten ein, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahr.

(2) Jede Person kann sich in den Angelegenheiten des Absatzes 1 an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wenden. Die Einrichtungen nach Absatz 1 gehen den Hinweisen nach, wenn sie auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Krankenkassen und ihren Verbänden zusammenzuarbeiten. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen organisieren für ihren Bereich einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, an dem die Vertreter der Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 Satz 1, der berufsständischen Kammern und der Staatsanwaltschaft in geeigneter Form zu beteiligen sind. Über die Ergebnisse des Erfahrungsaustausches sind die Aufsichtsbehörden zu informieren.

(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Zulassungsausschüsse nach § 96,

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 59 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 8 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 3 Nr. 9 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung. Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Sie muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Selbstverwaltungsorgane,
3. Öffentlichkeit der Vertreterversammlung,
4. Rechte und Pflichten der Mitglieder,
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
7. Änderung der Satzung,
8. Art der Bekanntmachungen,
9. die vertragsärztlichen Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrags.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Nr. 2 „§§ 136a und 136b Abs. 1 und 2“ durch „§ 137 Abs. 1 und 4“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 33a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 5 Satz 3 „Zehntausend Euro“ durch „fünzigtausend Euro“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 3 Nr. 2 „und § 137 Abs. 1 und 4“ durch „§ 136 Absatz 1 und § 136a Absatz 4“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Nr. 8 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 8 lautete:

- „8. Entschädigungsregelung für Organmitglieder,“.

2. die Stellen, die für die Abrechnungsprüfung nach § 106d zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten nach § 75 Absatz 2 Satz 2 zuständig sind, und
4. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation, der Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

(5) Der Vorstand hat der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach Absatz 1 zu berichten. In den Berichten sind zusammengefasst auch die Anzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Pflichtverletzungen, die Art und Schwere der Pflichtverletzung und die dagegen getroffenen Maßnahmen, einschließlich der Maßnahmen nach § 81 Absatz 5, sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen; wiederholt aufgetretene Fälle sowie sonstige geeignete Fälle sind als anonymisierte Fallbeispiele zu beschreiben. Die Berichte sind der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten; die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zuzuleiten.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen treffen bis zum 1. Januar 2017 nähere Bestimmungen über

1. die einheitliche Organisation der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 bei ihren Mitgliedern,
2. die Ausübung der Kontrollen nach Absatz 1 Satz 2,
3. die Prüfung der Hinweise nach Absatz 2,
4. die Zusammenarbeit nach Absatz 3,
5. die Unterrichtung nach Absatz 4 und
6. die Berichte nach Absatz 5.

Die Bestimmungen nach Satz 1 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führen die Berichte nach Absatz 5, die ihnen von ihren Mitgliedern zuzuleiten sind, zusammen, gleichen die Ergebnisse mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab und veröffentlichen ihre eigenen Berichte im Internet.¹⁷⁵

175 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 60 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 18a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „ , erstmals bis zum 31. Dezember 2005,“ nach „Jahren“ eingefügt.

04.06.2016.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautet: „Der Bericht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten.“

Artikel 3 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3b eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3a Satz 1 „weitergegeben oder“ nach „sie“ gestrichen.

Dritter Titel
Verträge auf Bundes- und Landesebene

§ 82 Grundsätze

(1) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.

(2) Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt. Die Verhandlungen können auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit nicht bundesunmittelbaren Ersatzkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftliche Krankenkasse von § 83 Satz 1 abweichende Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge, von § 85 Abs. 1 und § 87a Abs. 3 abweichende Verfahren zur Entrichtung der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen sowie von § 291a Absatz 2 Nummer 1 abweichende Kennzeichen vereinbaren.

(4) In den Verträgen ist ebenfalls das Nähere zur erneuten Verordnung eines mangelfreien Arzneimittels für versicherte Personen im Fall des § 31 Absatz 3 Satz 7 zu vereinbaren, insbesondere zur Kennzeichnung entsprechender Ersatzverordnungen.¹⁷⁶

Artikel 123 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „und nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

176 **ÄNDERUNGEN**

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesverbänden“ durch „Spitzenverbänden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt und „und den Verbänden der Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung der Ersatzkassen teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden in den Verträgen nach § 83 Abs. 3 geregelt. Die Vergütungen in der knappschaftlichen Krankenversicherung werden in den Verträgen nach § 83 Abs. 4 geregelt.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 61 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 3 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 „Bundesknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit den Verbänden der Ersatzkassen für nicht bundesunmittelbare Ersatzkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der See-Krankenkasse und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen von § 83 Satz 1 und von § 85 Abs. 1 abweichende Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge und zur Entrichtung der Gesamtvergütungen sowie von § 291 Abs. 2 Nr. 1 abweichende Kennzeichen vereinbaren.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 51 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 „§ 85a Abs. 2“ durch „§ 87a Abs. 3“ ersetzt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 3 „ , der See-Krankenkasse“ vor „und den“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 51 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

§ 83 Gesamtverträge

Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen; die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. Für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gilt Satz 1 entsprechend, soweit die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt wird. § 82 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Satz 4 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.¹⁷⁷

Artikel 1 Nr. 51 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 9 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „den Verbänden der Ersatzkassen für“ nach „mit“ gestrichen sowie „bundesunmittelbare“ durch „bundesunmittelbaren“ und „und dem Bundesverband der“ durch „und den“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 1 „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzte und“ gestrichen.

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 3 „den landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „der landwirtschaftlichen Krankenkasse“ ersetzt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 3 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat Abs. 4 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 3 „§ 291 Abs. 2 Nr. 1“ durch „§ 291a Absatz 2 Nummer 1“ ersetzt.

177 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 41 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Gesamtverträge für Krankenkassen, die sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstrecken, werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundes- oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen. Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.“

Artikel 1 Nr. 41 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 aufgehoben. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung. Absatz 2, § 82 Abs. 1 und § 85 gelten entsprechend.

(4) Die Bundesknappschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen, soweit die ärztliche Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt wird, Verträge. Absatz 2, § 82 Abs. 1 und § 85 gelten entsprechend.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 62 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) In den Gesamtverträgen sind auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, ermöglichen. Dabei sind Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen

§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Leistungen nach § 31 bis zum 30. November für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Arzneimittelvereinbarung. Die Vereinbarung umfasst

1. ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 31 veranlassten Leistungen,
2. Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen, insbesondere Verordnungsanteile für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen im jeweiligen Anwendungsgebiet, Verordnungsanteile für Generika und im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist, auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen (Zielvereinbarungen), insbesondere zur Information und Beratung und
3. Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres.

Kommt eine Vereinbarung bis zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, gilt die bisherige Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das Schiedsamt weiter. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamtlich festgelegte Ausgabenvolumen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit. Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen.

(2) Bei der Anpassung des Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 sind insbesondere zu berücksichtigen

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Leistungen nach § 31,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6,
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Arzneimittel,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Arzneimittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2,

festzulegen. Gegenstand der Prüfungen nach Satz 1 ist insbesondere die Überprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand.“

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Satz 3 „Bundeskknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.01.2006.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Sofern sich der Bezirk einer Krankenkasse nicht über mehr als ein Land erstreckt, schließen abweichend von Satz 1 die für den Bezirk zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem für die Krankenkasse zuständigen Landesverband oder dem für die Ersatzkasse zuständigen Verband Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 52 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ und „mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart“ nach „Gesamtverträge“ gestrichen sowie „;“ ; die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart“ am Ende eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 5b des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat die Sätze 4 und 5 eingefügt.

7. Veränderungen des Verordnungsumfanges von Leistungen nach § 31 auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2.

(3) Überschreitet das tatsächliche, nach Absatz 5 Satz 1 bis 3 festgestellte Ausgabenvolumen für Leistungen nach § 31 das nach Absatz 1 Nr. 1 vereinbarte Ausgabenvolumen, ist diese Überschreitung Gegenstand der Gesamtverträge. Die Vertragsparteien haben dabei die Ursachen der Überschreitung, insbesondere auch die Erfüllung der Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2 zu berücksichtigen. Bei Unterschreitung des nach Absatz 1 Nr. 1 vereinbarten Ausgabenvolumens kann diese Unterschreitung Gegenstand der Gesamtverträge werden.

(4) Werden die Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Nr. 2 erfüllt, entrichten die beteiligten Krankenkassen auf Grund einer Regelung der Parteien der Gesamtverträge auch unabhängig von der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach Absatz 1 Nr. 1 einen vereinbarten Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung.

(4a) Die Vorstände der Krankenkassenverbände sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen.

(5) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach Absatz 3 erfassen die Krankenkassen die während der Geltungsdauer der Arzneimittelvereinbarung veranlassten Ausgaben arztbezogen, nicht versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind. Ausgaben nach Satz 1 sind auch Ausgaben für Leistungen nach § 31, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Zudem erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jede Kassenärztliche Vereinigung monatliche Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 31 und übermitteln diese Berichte als Schnellinformationen den Vertragspartnern nach Absatz 1 insbesondere für Abschluss und Durchführung der Arzneimittelvereinbarung sowie für die Informationen nach § 73 Abs. 8. Für diese Berichte gelten Satz 1 und 2 entsprechend; Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Angaben vor Durchführung der Abrechnungsprüfung zu übermitteln sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält für die Vereinbarung der Rahmenvorgaben nach Absatz 7 und für die Informationen nach § 73 Abs. 8 eine Auswertung dieser Berichte. Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 mit der Durchführung der vorgenannten Aufgaben beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder die von den Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragte Arbeitsgemeinschaft stellen dem Bundesministerium für Gesundheit zur Wahrnehmung seiner Aufgaben auf Anforderung unverzüglich Auswertungen der in den Sätzen 1 bis 6 genannten Daten ohne Versichertenbezug und Arztbezug in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. September für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen nach Absatz 1 sowie für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8. Die Rahmenvorgaben haben die Arzneimittelverordnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergleichen und zu bewerten; dabei ist auf Unterschiede in der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen. Von den Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung nur abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist.

(7) Die Absätze 1 bis 6 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden. Veranlasste Ausga-

ben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Absatz 5 Satz 9 gilt entsprechend.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Leistungen nach § 31 die Ausgaben volumens nach Absatz 1 Nr. 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen.¹⁷⁸

178 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 42 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 84 Vereinbarung von Richtgrößen

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln. Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 für das jeweils folgende Kalenderjahr einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Die Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind indikationsbezogen, bei Arzneimitteln bezogen auf Indikationsgebiete oder Stoffgruppen, unter Berücksichtigung von Kriterien für die Menge der verordneten Leistungen zu bestimmen. Die Zahl und die Altersstruktur der Versicherten sowie bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und der Preiswürdigkeit der verordneten Leistungen, sind zu berücksichtigen.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Vertragspartner können frühestens ab 1. Januar 1994 das Budget aussetzen. Voraussetzung dafür ist, daß gültige Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 106 Abs. 3 für die Jahre 1993 und 1994 getroffen worden sind. Für die Jahre 1993 und 1994 können Richtgrößen abweichend von Absatz 3 Satz 2 vereinbart werden. Für das Jahr 1993 können abweichend von Absatz 3 die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel vereinbaren. Die Richtgrößen sind so festzusetzen, daß eine Steigerung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die nicht den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 3 entspricht, vermieden werden kann.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Vereinbarungen für das Folgejahr“ durch „Folgevereinbarungen“ ersetzt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat in Abs. 1 Satz 2 „ , erstmals für das Jahr 1994, auf der Grundlage des nach Artikel 27 des Gesundheitsstrukturgesetzes für das Jahr 1993 festgelegten Budgets,“ nach „Kalenderjahr“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 8 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 4 bis 8 lauteten: „Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, stellt die Kassenärztliche Vereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Der Ausgleich muß in dem auf den Budgetzeitraum folgenden Kalenderjahr abgeschlossen werden. Soweit dieser Ausgleich nicht erfolgt, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag. Der übersteigende Betrag ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 4 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind.“

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „arztbezogen, nicht versichertenbezogen,“ durch „nicht versichertenbezogen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 haben die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln getrennt zu vereinbaren; § 71 Abs. 1 gilt entsprechend. Vereinbarungen nach Satz 1 lösen das Budget nach Absatz 1 ab. Die Richtgrößen können für Arznei- und Verbandmittel und für Heilmittel auch gemeinsam festgesetzt werden.“

Artikel 1 Nr. 13 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 in Abs. 4 und 5 unnummeriert.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 5 „; der Ausgleichsbetrag verringert sich um die nach § 106 vom Prüfungsausschuss auf Grund von Prüfungen der Verordnungen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse“ am Ende eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. b der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 5 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 84 Arznei- und Heilmittelbudget; Richtgrößen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Das Budget ist für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren. Bei der Anpassung des Budgets sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen

zu berücksichtigen. Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, begrenzt auf 5 vom Hundert des Budgets. Der Ausgleich muß bis zum 31. Dezember des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres abgeschlossen sein; der Ausgleichsbetrag verringert sich um die nach § 106 vom Prüfungsausschuss auf Grund von Prüfungen der Verordnungen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse. Der übersteigende Betrag nach Satz 4 ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 4 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Unterschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das Budget nach Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungs-betrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.

(2) Die Krankenkassen erfassen die während der Geltungsdauer der Budgets nach Absatz 1 veranlaßten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 4 nicht versichertenbezogen und übermitteln die Angaben jeweils an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Ärzte, die die Ausgaben veranlaßt haben, angehören. Die Krankenkassen können Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Zusammenführung und Übermittlung der Daten beauftragen. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln.

(4) Das Budget nach Absatz 1 und die Richtgrößen nach Absatz 3 gelten bis zum Inkrafttreten von Folgevereinbarungen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Budgets nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen.“

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 9 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 63 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Nr. 4 „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „können“ durch „entrichten“ ersetzt, „vereinbaren“ vor „Bonus“ eingefügt und „entrichten“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 63 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4a und 4b eingefügt.

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a neu gefasst. Abs. 4a lautete:

„(4a) In der Vereinbarung nach Absatz 1 kann ein Betrag als Vomhundertsatz der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen bestimmt werden, der für zwischen den Vertragspartnern abgestimmte Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet wird. Aus dem Betrag nach Satz 1 sollen auch Bonuszahlungen an die Vertragsärzte verteilt werden, bei denen die Schnellinformationen nach Absatz 5 Satz 4 anzeigen, dass das Richtgrößenvolumen nach Absatz 6 Satz 1 nicht überschritten wird. Dabei ist sicherzustellen, dass die einzelnen Arztgruppen entsprechend ihrem Anteil am Verordnungsvolumen an der Aufbringung des Betrages nach Satz 1 beteiligt werden. Das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 zu regeln.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr“ nach „vereinbaren“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „bis zum 30. September“ nach „vereinbaren“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 7a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „bis 4 und 4b“ nach „Absätze 1“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 9 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 53 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „, auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen“ nach „Maßnahmen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 5 „unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Nr. 1“ nach „und“ gestrichen.

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 53 lit. f des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 7a Satz 9 „der Prüfungsausschuss“ durch „die Prüfungsstelle“ und „dem Prüfungsausschuss“ durch „der Prüfungsstelle“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 53 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 53 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamtlich festgelegte Ausgabenvolumen ihrem jeweiligen Spitzenverband mit.“

Artikel 1 Nr. 53 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4b sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind“ nach „Krankenkassenverbände“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung ihren jeweiligen Spitzenverbänden, die diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführen und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermitteln, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlassen, angehören; zugleich übermitteln die Spitzenverbände diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind.“

Artikel 1 Nr. 53 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 7 „Spitzenverbände“ durch „Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 1g des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 7a Satz 9 „Satz 4“ durch „Satz 6“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „insbesondere Verordnungsanteile für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen im jeweiligen Anwendungsgebiet,“ nach „Maßnahmen,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a aufgehoben und Abs. 4b in Abs. 4a unnummeriert. Abs. 4a lautete:

„(4a) Eine Vereinbarung nach Absatz 7a findet keine Anwendung, wenn in einer Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr Maßnahmen bestimmt sind, die ebenso wie eine Vereinbarung nach Absatz 7a zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit geeignet sind und die einen entsprechenden Ausgleich von Mehrkosten bei Nichteinhaltung der vereinbarten Ziele gewährleisten. Eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Absatz 7a findet für einen Vertragsarzt keine Anwendung, soweit er zu Lasten der Krankenkasse Arzneimittel verordnet, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht; das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 5 zu regeln.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7a aufgehoben. Abs. 7a lautete:

„(7a) Die Vertragspartner nach Absatz 7 vereinbaren bis zum 30. September für das jeweils folgende Kalenderjahr jeweils als Bestandteil der Vereinbarungen nach Absatz 1 für Gruppen von Arzneimitteln für ordnungsstarke Anwendungsgebiete, die bedeutsam zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind, Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit, die sich bei wirtschaftlicher Verordnungsweise ergeben. Bei der Festlegung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit sind Besonderheiten unterschiedlicher Anwendungsgebiete zu berücksichtigen. Definierte Dosiereinheiten können auf Grundlage der Klassifikation nach § 73 Abs. 8 Satz 5 festgelegt werden. Das Nähere ist in der Vereinbarung nach Satz 1 zu regeln; dabei können auch andere geeignete rechnerische mittlere Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen für die Kosten der Arzneimitteltherapie vereinbart werden, wenn der Regelungszweck dadurch besser erreicht wird. Richtlinien nach § 92 Abs. 1 sind zu beachten. Überschreiten die Ausgaben für die vom Arzt verordneten Arzneimittel die Kosten nach Satz 1, hat der Arzt einen Überschreibungsbetrag von mehr als 10 bis 20 vom Hundert entsprechend einem Anteil von 20 vom Hundert, von mehr als 20 vom Hundert bis 30 vom Hundert um 30 vom Hundert und eine darüber hinausgehende Überschreitung zur Hälfte gegenüber den Krankenkassen auszugleichen. Unterschreiten die Ausgaben der von den Ärzten einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt verordneten Arzneimittel die Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach Satz 1, entrichten die Krankenkassen aufgrund der Vereinbarung nach Satz 1 einen Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung. Der Bonus ist unter den Vertragsärzten zu verteilen, die wirtschaftlich verordnen und deren Verordnungsstellen die Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach Satz 1 nicht überschreiten. Über- oder Unterschreitungen stellt der Prüfungsausschuss nach § 106 Abs. 4 nach Ablauf eines Quartals auf der Grundlage der arztbezogenen Schnellinformationen nach Absatz 5 Satz 4 oder aufgrund der Abrechnungsdaten nach § 300 Abs. 2 Satz 6, die dem Prüfungsausschuss zu übermitteln sind, fest; für das weitere Verfahren gilt § 106 Abs. 5 und 5c entsprechend. Arzneimittel, für die die Regelungen dieses Absatzes Anwendung finden, unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2; die Richtgrößen sind von den Vertragspartnern nach Absatz 1 entsprechend zu bereinigen. Das Nähere ist in Verträgen nach § 106 Abs. 3 zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 für das jeweils folgende Kalenderjahr bis zum 30. September nicht zustande, gilt für das Schiedsverfahren abweichend von § 89 Abs. 1 Satz 1 eine Frist von zwei Monaten.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 „Arznei- und Verbandmitteln“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 „Arznei- und Verbandmittel“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 7 „Arznei- und Verbandmitteln“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Arznei- und Verbandmittel“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „Arznei- und Verbandmittel“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „Arznei- und Verbandmitteln“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

§ 85 Gesamtvergütung

Artikel 1 Nr. 19 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Arznei- und Verbandmittel“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „Arznei- und Verbandmitteln“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. f desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 7 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Der Beschluss nach Satz 4 ist bis zum 31. Januar 2002 zu fassen.“

Artikel 1 Nr. 19 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „bis 4 und 4b“ nach „Absätze 1“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 19 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 8 Satz 3 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 9 „Arznei- und Verbandmitteln“ durch „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in der Überschrift „; Richtgrößen“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b bis e desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben und Abs. 7 bis 9 in Abs. 6 bis 8 umnummeriert. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Vertragspartner nach Absatz 1 vereinbaren bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Arzt verordneten Leistungen nach § 31 (Richtgrößenvolumen) arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte unter Berücksichtigung der nach Absatz 1 getroffenen Arzneimittelvereinbarung, erstmals bis zum 31. März 2002. Zusätzlich sollen die Vertragspartner nach Absatz 1 die Richtgrößen nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen und darüber hinaus auch nach Krankheitsarten bestimmen. Die Richtgrößen leiten den Vertragsarzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnung von Leistungen nach § 31 nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Überschreitung des Richtgrößenvolumens löst eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a unter den dort genannten Voraussetzungen aus.“

Artikel 2 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 6 im neuen Abs. 6 aufgehoben. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Die Vertragsparteien nach Satz 1 beschließen mit verbindlicher Wirkung für die Vereinbarungen der Richtgrößen nach Absatz 6 Satz 1 die Gliederung der Arztgruppen und das Nähere zum Fallbezug. Ebenfalls mit verbindlicher Wirkung für die Vereinbarungen der Richtgrößen nach Absatz 6 Satz 2 sollen sie die altersgemäße Gliederung der Patientengruppen und die Krankheitsarten bestimmen. Darüber hinaus können sie für die Vereinbarungen nach Absatz 6 Satz 1 Empfehlungen beschließen.“

Artikel 2 Nr. 5 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 1 „bis 7“ durch „bis 6“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 6 im neuen Abs. 7 aufgehoben. Die Sätze 3 bis 6 lauteten: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen erstmals bis zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach § 106 anzuerkennen sind. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der in Satz 3 genannten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Vertragspartner nach § 106 Absatz 2 Satz 4 können darüber hinaus weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten vereinbaren. Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Absatz 1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Absatz 6 zu berücksichtigen.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 41a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 7 Satz 3 und 4 eingefügt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 4 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „Verordnungsanteile für Generika und im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.1.2019, S. 24) geändert worden ist,“ nach „Anwendungsgebiet,“ eingefügt.

26.03.2024.—Artikel 3 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 102) hat Abs. 5 Satz 9 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 5 eingefügt.

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag vereinbart; die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 und Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 sowie für das zahnärztliche Honorar nach § 30 Abs. 3 Satz 1 sowie für das zahnärztliche Honorar nach § 30 Abs. 3 Satz 1 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.

(2a) (weggefallen)

(2b) (weggefallen)

(2c) Die Vertragspartner nach § 82 Abs. 1 können vereinbaren, daß für die Gesamtvergütungen getrennte Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen zugrunde gelegt werden; sie können auch die Grundlagen für die Bemessung der Vergütungsanteile regeln. § 89 Abs. 1 gilt nicht.

(2d) Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Punktwerte nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis.

(3) In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gliedert nach den

Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.

(3a) Die Gesamtvergütungen nach Absatz 3 dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Im Jahr 2024 dürfen die Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Gesamtvergütungen nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis.

(4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.¹⁷⁹

179 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. c desselben Gesetzes hat den neuen Satz 6 in Abs. 2 neu gefasst. Der neue Satz 6 lautete: „Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sowie für pauschale Material- und Laborkosten nicht zulässig.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. f desselben Gesetzes und Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) haben Abs. 3a bis 3c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. g des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 4 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle ist nicht zulässig.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 4a bis 4f eingefügt.

01.01.1995.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 4. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1558) hat Abs. 3a Satz 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3b neu gefasst. Satz 3 lautete: „In den Jahren 1993 und 1994 sind die nach Absatz 3a Satz 1 erhöhten Vergütungsvolumina jeweils um weitere 3 vom Hundert zu erhöhen.“

Artikel 1 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4a neu gefasst. Satz 1 lautete: „Einsparungen, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen, insbesondere auf Grund der Maßnahmen nach § 87 Abs. 2b erzielt werden, sind zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung zu verwenden.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 28 lit. b des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2a aufgehoben. Abs. 2a lautete:

„(2a) Die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht nach § 122 abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ist in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Medizinisch-technische Großgeräte, die von Kassen- oder Vertragsärzten vor dem 15. Mai 1992 erworben wurden und mit denen diese bis zum Ablauf des 2. Quartals 1992 Leistungen erbracht haben, gelten bis zum 31. Dezember 1998 als abgestimmt im Sinne des § 122, wenn sie bis zum 31. März 1993 dem Großgeräteausschuß mit Nachweisen über Erwerb und Leistungserbringung gemeldet worden sind. Ärzte, die bis zum 15. Mai 1992 die Nutzung eines Großgerätes angezeigt oder beantragt haben, ohne Leistungen bis zum Ablauf des 2. Quartals 1992 nachweisen zu können, erhalten eine vorläufige Genehmigung gemäß Satz 2, wenn ihnen nicht bis zum 30. September 1993 eine Mitnutzungsmöglichkeit nachgewiesen wird und die Mitnutzung nicht bis zum 30. Juni 1994 durchgesetzt werden kann.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4a aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Gesamtvergütungen sind um die infolge einer Neuordnung der Vergütungen von Leistungen medizinisch-technischer Großgeräte nach § 87 Abs. 2b erzielten Einsparungen zu verringern.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4b bis 4f aufgehoben. Abs. 4b bis 4f lauteten:

„(4b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450 000 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550 000 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Im Beitrittsgebiet tritt die Verringerung des Vergütungsanspruchs für Punktmengen ab 350 000 bis unter 450.000 Punkten je Kalenderjahr erstmalig ab 1. Januar 1994 in Kraft. Falls durch das Aussetzen des degressiven Punktwertes nach Satz 3 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein Betrag von mehr als 25 Millionen Deutsche Mark entsteht, ist der Mehrbetrag in den Jahren 1994 und 1995 bei den Zahnärzten dieser Punkteklasse des Jahres 1993 auszugleichen. Das Nähere regeln die Vertragspartner der Gesamtvergütung. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und um 25 vom Hundert für Ausbildungsassistenten. Bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

(4c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen, mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4b zugrunde zu legen.

(4d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten. Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der Ausbildungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4e) Die Durchführung der Vergütungsminderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. § 85 Abs. 2b ist zu beachten. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 1 sind den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen ge-

genüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(4f) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4c bis 4e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt.“

01.01.1998.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Abs. 2 umfassend geändert. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung wird auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach vereinbarten Punktwerten festgesetzt. In der Vereinbarung nach Satz 2 werden Werte für das arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt bestimmt. Das Regelleistungsvolumen wird bestimmt nach den Kriterien Fallwert, Fallzahl, bedarfsgerechte Versorgung, Zahl und Altersstruktur der Versicherten sowie Kriterien zur Begrenzung der Menge der erbrachten Leistungen auf das medizinisch Notwendige. Die Arztgruppen werden bestimmt unter Berücksichtigung der Gebiete und Teilgebiete des Weiterbildungsrechts; dies gilt entsprechend für die nach § 135 Abs. 2 zu vereinbarenden Qualifikationsnachweise sowie für Bereiche (Zusatzbezeichnungen) des Weiterbildungsrechts, sofern der umfaßte Leistungsbereich einen Praxisschwerpunkt in der vertragsärztlichen Versorgung darstellt. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, wird der vereinbarte Punktwert bei der Vergütung dieser Mehrleistungen abgestaffelt; für einen besonderen medizinischen Versorgungsbedarf kann hiervon abgewichen werden. Die Vereinbarung nach Satz 2 bestimmt die Stufen und die Höhe der Abstufung. Für Zusammenschlüsse von Ärzten zur gemeinsamen Berufsausübung sind die Werte für das Regelleistungsvolumen zusammenzufassen; die Bildung ärztlicher Zusammenschlüsse ist zu unterstützen. Abweichend von Satz 2 kann die Gesamtvergütung als Festbetrag, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Die Sätze 3 bis 8 und 11 gelten nicht für Vertragszahnärzte.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 umfassend geändert. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenzahnärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenzahnarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenzahnarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4b bis 4f eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Satz 8 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 8 lautete: „Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c, d und e desselben Gesetzes hat Abs. 3c, 4 und 4a neu gefasst. Abs. 3c, 4 und 4a lauteten:

„(3c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zugrunde gelegte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von der tatsächlichen Veränderungsrate ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen; eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen ist ebenfalls zu berücksichtigen.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, das die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Insbesondere kann vorgesehen werden, daß die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

(4a) Einsparungen, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen, insbesondere auf Grund der Maßnahmen nach § 87 Abs. 2b erzielt werden, und der nach Absatz 3a Satz 8 zusätzlich zu entrichtende Betrag sind zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung zu verwenden; im Verteilungsmaßstab nach Absatz 4 ist sicherzustellen, daß eine Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkung auf den Punktwert der hausärztlichen Grundvergütung nach § 87 Abs. 2a hat. Der nach Absatz 3a Satz 6 zu entrichtende zusätzliche Vergütungsanteil ist bei der Honorarverteilung den Leistungen zuzurechnen, für die ein Zuschlag nach den Abschnitten B VI und B VII des einheitlichen Bewertungsmaßstabes gezahlt wird; der nach Absatz 3a Satz 7 zusätzlich zu entrichtende Vergütungsanteil ist nur zur Vergütung der Leistungen nach Absatz 3a Satz 7 zu verwenden.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung.“

Artikel 1 Nr. 4 desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart.“

Artikel 1 Nr. 5 desselben Gesetzes hat Abs. 3c Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „;“ ; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen“ am Ende eingefügt.

02.01.2002.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. August 2001 (BGBl. I S. 2144) hat Abs. 4 Satz 9 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 64 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 8 „und“ durch „mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 4 und Ausgaben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2a „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung“ durch „Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 3c Satz 2 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 64 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 3d und 3e eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. h und i desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 4a umfassend geändert. Abs. 4 und 4a lauteten:

„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Insbesondere kann vorgesehen werden, dass die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(4a) Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner den Inhalt der nach Absatz 4 Satz 4 zu treffenden Regelungen. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der häuslichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen. Kommt eine Entscheidung des Bewertungsausschusses nach Satz 1 innerhalb der gesetzten Frist nicht zu Stande, entscheidet der erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 bis zum 30. April 2000.“

Artikel 1 Nr. 64 lit. j desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280 000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360 000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440 000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert“ am Ende eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 2 Nr. 7 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 8 „sowie für das zahnärztliche Honorar nach § 30 Abs. 3 Satz 1“ nach „Satz 3“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „der Versorgung mit Zahnersatz sowie“ nach „einschließlich“ gestrichen sowie „kieferorthopädischer“ durch „der kieferorthopädischen“, „350 000“ durch „262 500“, „450 000“ durch „337 500“ und „550 000“ durch „412 500“ ersetzt.

01.01.2006.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Abweichend von Satz 1 entrichtet die Krankenkasse, für die Gesamtverträge nach § 83 Satz 2 geschlossen sind, nach Maßgabe des Gesamtvertrages mit befreiender Wir-

kung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung an die Kassenärztliche Vereinigung.“

Artikel 2 Nr. 7 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag

1. mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart, für die Verträge nach § 83 Satz 1 geschlossen sind,
2. mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen, für die Verträge nach § 83 Satz 2 geschlossen sind,

vereinbart.“

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 4a Satz 5 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 3d Satz 7 „und nicht für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1“ nach „Vertragsarztes“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4b umfassend geändert. Abs. 4b lautete:

„(4b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262 500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337 500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412 500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280 000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360 000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440 000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4d Satz 1 „ , welche bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Zahnärzte und welche in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte“ nach „Vertragszahnärzte“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4d Satz 3 „der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und“ nach „Zahl“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 8 „und nach § 53 Abs. 4“ vor „mit“ eingefügt und „Satz 4“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3d aufgehoben. Satz 2 lautete: „§ 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht.“

Artikel 1 Nr. 54 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 11 bis 13 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. e desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 4a durch Satz 4 ersetzt. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen dem Bewertungsausschuss die für die Aufgaben nach Satz 1 erforderlichen Daten nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben zur Verfügung. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich jeweils bis zum 31. Dezember einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorjahr vor; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts bestimmen.“

Artikel 1 Nr. 54 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 4c „und nach § 53 Abs. 4“ nach „§ 13 Abs. 2“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart“ nach „Gesamtvertrag“ gestrichen und „; die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 4 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 54 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004“ durch „Ersatzkassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 12 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Satz 4 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 2d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3f eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 3g eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. f des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung. Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4a Satz 4 unentgeltlich zur Verfügung. Satz 11 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 4a aufgehoben. Abs. 4a lautete:

„(4a) Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Feb-

ruar 2004, den Inhalt der nach Absatz 4 Satz 4, 6, 7 und 8 zu treffenden Regelungen. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der häuslichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss bestimmt Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 12.“

01.07.2012.—Artikel 1 Nr. 20 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2a neu gefasst. Abs. 2a lautete:

„(2a) Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden von den Krankenkassen außerhalb der nach Absatz 2 vereinbarten Gesamtvergütungen vergütet.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 7 „sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2b aufgehoben. Abs. 2b lautete:

„(2b) Die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis, wobei sich die Vergütungsanpassung in den Jahren 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern darf, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vomhundertsätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen. Der Bewertungsausschuß (§ 87) kann anstelle der zum 1. Januar 1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine unterschiedliche Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 10 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten. Abweichend von Satz 2 ist eine Überschreitung der Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 zulässig, wenn Mehrausgaben auf Grund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 entstehen; dabei ist zu prüfen, inwieweit die Mehrausgaben durch Minderausgaben auf Grund eines Wegfalls von Leistungen, die auf Grund einer Prüfung nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden können. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3a, 3b, 3c, 3d und 3e aufgehoben. Abs. 3a, 3b, 3c, 3d und 3e lauteten:

„(3a) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1993 sind auf das entsprechend der Zuwachsrate der beitragspflichtigen

Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1992 erhöhte Vergütungsvolumen im Jahr 1991 zu beziehen. Bei der Bestimmung der Gesamtvergütungen der Vertragszahnärzte werden zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen nicht berücksichtigt. Soweit nichtärztliche Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, werden sie außerhalb der Gesamtvergütungen nach Vergütungssätzen honoriert, die von den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen vereinbart werden; Satz 1 gilt entsprechend. Vergütungszuschläge nach § 135 Abs. 4 sowie Mehrausgaben auf Grund der gesetzlichen Leistungsausweitung in § 22 werden entsprechend der Zahl der erbrachten Leistungen zusätzlich berücksichtigt. Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte in den Abschnitten B VI und B VII aufgeführten Zuschläge für Leistungen des ambulanten Operierens sowie die damit verbundenen Operations- und Anästhesieleistungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen im Jahr 1993 um 10 vom Hundert und im Jahr 1994 um weitere 20 vom Hundert erhöht. Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die ärztlichen Leistungen nach den §§ 25 und 26, die ärztlichen Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge im Rahmen des § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 6 vom Hundert erhöht. usätzlich zu den nach Satz 1 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen werden die Gesamtvergütungen der Vertragsärzte des Jahres 1995 um einen Betrag erhöht, der 1,71 vom Hundert der Ausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche Behandlung im Jahre 1993 entspricht; § 72 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht.

(3b) Für die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 1993 sind auf das verdoppelte, um 4 vom Hundert erhöhte Vergütungsvolumen des ersten Halbjahres 1992 zu beziehen. In den Jahren 1993 und 1994 sind die nach Absatz 3a Satz 1 erhöhten Vergütungsvolumina jeweils um weitere 3 vom Hundert, im Jahre 1995 die Vergütungsvolumina der Ärzte um weitere 4 vom Hundert zu erhöhen; § 72 Abs. 1 Satz 2 gilt für die Erhöhung im Jahre 1995 nicht. Die Gesamtvergütungen für die zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie sind auf das um die Ausweitung der halben Leistungsmenge gegenüber dem Jahr 1991 bereinigte verdoppelte Vergütungsvolumen des ersten Halbjahres 1992 zu beziehen. Die Bereinigung erfolgt in der Weise, daß die halbierten Ausgaben des Jahres 1991 um die für das Jahr 1992 vereinbarte Punktwertsteigerung sowie um die Hälfte der Steigerung der Leistungsmenge erhöht werden. Zugrunde zu legen sind die jahresdurchschnittlichen Punktwerte.

(3c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Mitglieder von der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Krankenkassen, für die Verträge nach § 83 Satz 1 geschlossen sind, ermitteln hierzu monatlich die Zahl ihrer Mitglieder, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Mitglieder ihren Wohnsitz haben, und melden diese nach dem in § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Verfahren.

(3d) Zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet werden die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Absatz 3 schrittweise um insgesamt 3,8 vom Hundert erhöht. Die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im übrigen Bundesgebiet werden in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um insgesamt 0,6 vom Hundert abgesenkt. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 1 erhöhte Vergütungssumme des Jahres 2004 zu beziehen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im übrigen Bundesgebiet sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 3 abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 2004 zu beziehen. Die Regelungen nach den Sätzen 4 und 5 gelten für das Jahr 2006 entsprechend. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für das Land Berlin und nicht für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen.

(3e) Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung nach Absatz 3 im Jahr 2004 sind auf das nach Satz 2 bereinigte Vergütungsvolumen des Jahres 2003 zu beziehen. Die Bereinigung umfasst den Anteil der Gesamtvergütungen, der auf Leistungen entfällt, auf die die Versicherten auf Grund der in den §§ 24b und 27a getroffenen Regelungen ab 1. Januar 2004 keinen Anspruch mehr haben.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 42 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 4b bis 4f ersetzt. Abs. 4b bis 4f lauteten:

„(4b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262 500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337 500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412 500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280 000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360 000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440 000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte, für bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellte Zahnärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Berufsausübungsgemeinschaften richten sich nach der Zahl der zahnärztlichen Mitglieder. Die Punktmengen erhöhen sich um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die Punktmengengrenze nach Satz 1 oder die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge nach Satz 4 entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

(4c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen und mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4b zugrunde zu legen.

(4d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte, welche bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Zahnärzte und welche in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten. Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4e) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Honorareinsparungen aus den Vergütungsminderungen nach Absatz 4b an die Krankenkassen weiterzugeben. Die Durchführung der Vergütungsminderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf dem Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(4f) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4c bis 4e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2a, 2d, 3f und 3g aufgehoben. Abs. 2a, 2d, 3f und 3g lauteten:

„(2a) Für die Vereinbarung der Vergütungen vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahr 2013 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2012 die durchschnittli-