

trag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren einholen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich die Partner der Gesamtverträge können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen. Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.

(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Daten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen spätestens bis zum 29. Februar 2020 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2019 ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken. Die Bewertung der Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.

(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen

Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) vergütet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 4 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung und zur Förderung der Qualität bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2. Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüfen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang die Durchführung von insbesondere telemedizinischen Fallbesprechungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c angemessen vergütet werden kann; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen zu beschließen. In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum 23. Januar 2016 zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist. Mit Wirkung vom 30. September 2020 ist durch den Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu regeln, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Die Regelungen erfolgen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1. Der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a legen dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Oktober 2022, einen gemeinsamen Bericht über den Stand der Beratungen und Beschlussfassungen nach Satz 7 sowie zur Erbringung von ambulanten telemedizinischen Leistungen und zu der Teilnahme der Leistungserbringer an der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. In dem Beschluss nach Satz 7 sind durch den Bewertungsausschuss Regelungen im einheitli-

chen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach denen telemedizinische Leistungen, insbesondere Videosprechstunden, in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei den Regelungen nach Satz 18 sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Versorgung mit gruppentherapeutischen Leistungen und Leistungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung zu berücksichtigen. Die Regelungen nach Satz 18 erfolgen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 365 Absatz 1 Satz 1. Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung über die Vergütung von ärztlichen Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und 7 zu enthalten; die Vergütung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 ist in dem Zeitraum vom 20. Oktober 2020 bis zum 20. Oktober 2021 auf das Zweifache der sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab ergebenden Vergütung zu erhöhen; die Vergütungsregelung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 ist bis zum 1. Januar 2024 zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die nach dem Schweregrad zu differenzierenden Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie bis zum 31. März 2022 Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss überprüft, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie eingesetzt werden können, und beschließt auf dieser Grundlage erstmals bis spätestens zum 1. Dezember 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b vom Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a anzupassen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. Januar 2021 vorzusehen, dass Leistungen nach § 346 Absatz 1 Satz 1 und 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2022 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorzusehen, dass ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 3 zur Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden. Der Bewertungsausschuss hat im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Leistungen, die durch Videosprechstunde erbracht werden, auf 30 Prozent der jeweiligen Leistungen im Quartal des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers zu begrenzen. Zudem hat der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Anzahl der Behandlungsfälle im Quartal, in denen ausschließlich Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden, auf 30 Prozent aller Behandlungsfälle des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers zu begrenzen. Von der Begrenzung auf 30 Prozent nach den Sätzen 30 und 31 kann der Bewertungsausschuss in besonderen Ausnahmesituationen, wie etwa nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, für einen befristeten Zeitraum abweichen. Der Bewertungsausschuss legt bis zum 30. September 2021 fest, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang unter Berücksichtigung der Sätze 30 und 31 die psychotherapeutische Akutbehandlung im Rahmen der Videosprechstunde erbracht werden kann.

(2b) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 7 und 8 telemedizinisch oder im Wege der Delegation erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe

vorzusehen. Mit den Pauschalen nach Satz 1 sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweilige Versichertenpauschale aufzunehmen:

1. ein Zuschlag in Höhe von bis zu 200 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für Behandlungen im Akutfall nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4, wenn die Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle beginnt,
2. ein Zuschlag in Höhe von 100 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung spätestens am vierten Tag nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 beginnt,
3. ein Zuschlag in Höhe von 80 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung spätestens am 14. Tag nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 beginnt,
4. ein Zuschlag in Höhe von 40 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung spätestens am 35. Tag nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 beginnt, sowie
5. ein Zuschlag in Höhe von mindestens 15 Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. Der Bewertungsausschuss beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2021 mit Wirkung zum 1. März 2022 eine Anpassung der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung zur Vergütung der regelmäßigen zeitgebundenen ärztlichen Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung über die Organ- und Gewebespende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes in der ab dem 1. März 2022 geltenden Fassung abgeben, ändern und widerrufen zu können. Der Vergütungsanspruch besteht je Patient alle zwei Jahre.

(2c) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; Einzelleistungen sollen vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung, einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8, erforderlich ist. Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweilige Grundpauschale aufzunehmen:

1. ein Zuschlag in Höhe von bis zu 200 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für Behandlungen im Akutfall nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4, wenn die Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle beginnt,
2. ein Zuschlag in Höhe von 100 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung spätestens am vierten Tag nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 beginnt,
3. ein Zuschlag in Höhe von 80 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung spätestens am 14. Tag nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 beginnt, sowie

4. ein Zuschlag in Höhe von 40 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung spätestens am 35. Tag nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 beginnt.

Die in Satz 3 Nummer 2 bis 4 genannten Zuschläge gelten bei der Behandlung aufgrund einer erfolgten Vermittlung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 entsprechend. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 kann die Behandlung von Versicherergruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet werden. Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen. Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Bis zum 29. Februar 2020 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ein Zuschlag in Höhe von 15 Prozent auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen vorzusehen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden. Der Zuschlag ist auf die ersten zehn Stunden dieser Leistungen zu begrenzen und für Psychotherapeuten vorzusehen, die für die in § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden für gesetzlich Versicherte tatsächlich zur Verfügung stehen.

(2d) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind Regelungen einschließlich Prüfkriterien vorzusehen, die sicherstellen, dass der Leistungsinhalt der in den Absätzen 2a bis 2c genannten Leistungen und Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Absatz 2c die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bundesmantelverträgen beschlossenen Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen sowie an die Einhaltung der gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringenden Dokumentationsverpflichtungen geknüpft werden. Zudem können Regelungen vorgesehen werden, die darauf abzielen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt, oder es können Regelungen zur Kürzung der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums vorgesehen werden.

(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist jährlich bis zum 31. August ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen.

(2f) (weggefallen)

(2g) Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach Absatz 2e sind insbesondere

1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, sowie
3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist,

zu berücksichtigen.

(2h) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die Leistungen sind entspre-

chend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen.

(2i) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. Die Leistung nach Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2k) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 366 Absatz 1 Satz 1.

(2l) Mit Wirkung zum 30. September 2020 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen zu regeln, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragszahnärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistungen abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Die Regelungen erfolgen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren jeweils einen Bericht über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien vor.

(2m) Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten daraufhin zu überprüfen, wie der Aufwand, der den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen im Sinne von § 2 Nummer 5 Buchstabe b und d des Implantateregistergesetzes in der vertragsärztlichen Versorgung auf Grund ihrer Verpflichtungen nach den §§ 16, 17 Absatz 1 sowie den §§ 18, 20, 24, 25 und 33 Absatz 1 Nummer 1 des Implantateregistergesetzes entsteht, angemessen abgebildet werden kann. Auf der Grundlage des Ergebnisses der Prüfung hat der Bewertungsausschuss eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen bis zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zu beschließen.

(3) Der Bewertungsausschuss besteht aus drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellten Vertreter. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Die Beratungen des Bewertungsausschusses einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses.

(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend.

(3b) Der Bewertungsausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von einem Institut unterstützt, das gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Ge-

schäftsordnung die Beschlüsse nach den §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a vorbereitet. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Erfüllt das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt entsprechend.

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

(3d) Über die Ausstattung des Instituts nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmittel und über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut entscheidet der Bewertungsausschuss. Die innere Organisation des Instituts ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 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) in der jeweils geltenden Fassung gerecht wird. Absatz 6 gilt entsprechend. Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b Satz 3 mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.

(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. bis spätestens zum 31. August 2017 eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab insbesondere solcher neuer Laborleistungen und neuer humangenetischer Leistungen regelt, bei denen es sich jeweils nicht um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts gemäß Absatz 3b trifft, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 1 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte, sowie
3. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

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

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

(3g) Die Regelungen der Absätze 3a bis 3f gelten nicht für den für zahnärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss.

(4) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt § 89 Absatz 6 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern wird ein Mitglied von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt.

(5) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 82 Abs. 1. Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 1 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte nach Absatz 3b dem zuständigen erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend; auch für die Unterlagen der unparteiischen Mitglieder gilt Vertraulichkeit.

(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ergänzen. Kommt durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der ergänzte Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Die Benennung der beiden unparteiischen Mitglieder durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft soll bis spätestens zum 30. Juni 2019 erfolgen; § 89a Absatz 6 gilt entsprechend. Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nur jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die beiden unparteiischen Mitglieder stimmberechtigt. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss setzt den Beschluss mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von drei Monaten fest. Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(5b) Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für weitere Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für

ärztliche Leistungen erforderlich machen. In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu treffen. Für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die vor dem 23. Juli 2015 in Kraft getreten sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Satz 1 mit dem 23. Juli 2015 beginnt. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist zeitgleich mit dem Beschluss nach § 35a Absatz 3 Satz 1 anzupassen, sofern die Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich macht. Das Nähere zu ihrer Zusammenarbeit regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung. Für Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 Satz 1, die vor dem 13. Mai 2017 getroffen worden sind, gilt Satz 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Bewertungsausschuss spätestens bis 13. November 2017 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen hat.

(5c) Sind digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 3 dauerhaft in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen worden, so sind entweder der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen oder der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind. Sind digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 4 vorläufig in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen worden, so vereinbaren die Partner der Bundesmantelverträge innerhalb von drei Monaten nach der vorläufigen Aufnahme eine Vergütung für ärztliche Leistungen, die während der Erprobungszeit nach Festlegung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e Absatz 4 Satz 3 zur Versorgung mit und zur Erprobung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind; die Vereinbarung berücksichtigt die Nachweispflichten für positive Versorgungseffekte, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e Absatz 4 Satz 3 festgelegt worden sind. Solange keine Entscheidung über eine Anpassung nach Satz 1 getroffen ist, hat der Leistungserbringer Anspruch auf die nach Satz 2 vereinbarte Vergütung. Soweit und solange keine Vereinbarung nach Satz 2 getroffen ist oder sofern eine Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e ohne Erprobung erfolgt und keine Entscheidung über eine Anpassung nach Satz 1 getroffen ist, können Versicherte die ärztlichen Leistungen, die für die Versorgung mit oder zur Erprobung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 bei Leistungserbringern in Anspruch nehmen; Absatz 2a Satz 12 gilt entsprechend. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald eine Entscheidung über die Anpassung nach Satz 1 getroffen ist.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse, des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b sowie der von diesen jeweils gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen; ihm sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse zusammen mit den den Beschlüssen zugrunde liegenden Beratungsunterlagen und den für die Beschlüsse jeweils entscheidungserheblichen Gründen vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden; es kann im Rahmen der Prüfung eines Beschlusses vom Bewertungsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen dazu anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist unterbrochen. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen festsetzen; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat

das Institut oder der beauftragte Dritte oder die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Organisation gemäß Absatz 3b dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut nach Satz 5 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, sofern die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen. Die mit den Maßnahmen nach Satz 4 verbundenen Kosten sind von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit. Abweichend von Satz 4 kann das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist die Vereinbarung fest; Satz 1 bis 7 gilt entsprechend. Die Beschlüsse und die entscheidungserheblichen Gründe sind im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.

(7) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 6 haben keine aufschiebende Wirkung.¹⁸⁵

185 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 45 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesverbänden“ durch „Spitzenverbänden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 45 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 45 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1 durch die Sätze 4 und 5 ersetzt. Satz 4 lautete: „Die Sätze 1 und 2 gelten für die Verträge nach § 83 Abs. 3 und 4 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 45 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 45 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne von § 82 Abs. 1 und § 83 Abs. 3 und 4.“

01.01.1995.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 4. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1558) hat Abs. 2a Satz 6 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 2a Satz 7 und 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis und 5 in Abs. 2b aufgehoben. Die Sätze 3 bis 5 lauteten: „Für die Vergütung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (§ 122) ist erstmals bis zum 30. Juni 1993 eine Abstufung der Punktzahlen in Abhängigkeit von der Auslastung der jeweiligen Geräte festzulegen. Die Abstufung ist in Stufen von mindestens 20, 30 und 40 vom Hundert vorzusehen. Der von der Abstufung nicht betroffene Leistungsbereich ist unter Berücksichtigung der Investitionskosten der Geräte und der Amortisationsdauer zu bestimmen.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 2a neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Darüber hinaus sind weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Regelungen sind spätestens bis zum 31. Dezember 1995 zu treffen; die Regelungen nach Satz 1 sollen spätestens ab 1995 getroffen werden.“

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2c und 2d eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2d Satz 4 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 66 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 66 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 2a umfassend geändert. Abs. 2 und 2a lauteten:

„(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung). Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; innerhalb der Gliederung der fachärztlichen Leistungen können weitere Untergliederungen nach Fachgruppen vorgesehen werden. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die Abrechnung der in Satz 3 genannten Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge stellen sicher, daß der nach § 85 Abs. 3a Satz 8 zusätzlich zu entrichtende Betrag mit Wirkung vom 1. Januar 1995 für eine entsprechende Erhöhung der Punktzahl für die hausärztliche Grundvergütung im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes verwendet wird. Die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, daß sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, können Obergrenzen vorgesehen werden; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden.“

Artikel 1 Nr. 66 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 2c neu gefasst. Abs. 2c lautete:

„(2c) Die Bewertung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ist bis zum 31. Dezember 2000 unter Beachtung der Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 durch Einführung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung neu zu bestimmen.“

Artikel 1 Nr. 66 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 66 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1a eingefügt.

28.06.2005.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720) hat in Abs. 1 Satz 6 „auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik nach § 291a Abs. 7 Satz 2 und § 291b getroffenen Regelungen der Telematikinfrastruktur“ eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 9 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 3 jeweils „Bundesknavpschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

27.10.2006.—Artikel 1 Nr. 57 lit. i des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 3b bis 3e eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2d Satz 4 und Abs. 5 Satz 1, 2, 3, 4 und 5 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab“.

Artikel 1 Nr. 57 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „ ; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Der Bewertungsausschuss kann Regelungen treffen, die einem mit der Behandlung bestimmter Versicherten Gruppen verbundenen zusätzlichen Aufwand des Arztes Rechnung tragen; er beschließt dazu das Nähere, insbesondere zu Bestimmungen der im ersten Halbsatz genannten Versichertengruppen.“

Artikel 1 Nr. 57 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2 und 3 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen.“

Artikel 1 Nr. 57 lit. e und g desselben Gesetzes hat Abs. 2d in Abs. 2h unnummeriert und Abs. 2a bis 2c durch Abs. 2a bis 2d ersetzt. Abs. 2a bis 2c lauteten:

„(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind, unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen, zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen; für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen. Für die Abrechnung von Fallpauschalen sind Regelungen für den dabei zu erbringenden Leistungsumfang zu treffen; bei Fallpauschalen nach Satz 1 zweiter Halbsatz sind ferner Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte festzulegen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung). Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen. Im Verteilungsmaßstab nach § 85 Abs. 4 sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der in Satz 4 genannten Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im jeweiligen Abrechnungszeitraum erfolgt; ferner sind Regelungen für den Fall eines Arztwechsels innerhalb des Abrechnungszeitraums vorzusehen. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge stellen sicher, daß der nach § 85 Abs. 3a Satz 8 zusätzlich zu entrichtende Betrag mit Wirkung vom 1. Januar 1995 für eine entsprechende Erhöhung der Punktzahl für die hausärztliche Grundvergütung im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes verwendet wird. Die Bewertung der von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); der Bewertungsausschuss bestimmt die Leistungen, insbesondere medizinisch-technische Leistungen, für die eine Abstaffelung vorzunehmen ist. Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen.

(2b) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind die Bewertungen der Laborleistungen bis zum 31. Dezember 1993 entsprechend den Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 anzupassen und neu zu ordnen. Bei der Neuordnung sind Möglichkeiten der strukturellen Veränderungen der Versorgung mit Laborleistungen einzubeziehen.

(2c) Der Bewertungsausschuss soll Regelungen zur Begrenzung veranlasster medizinisch-technischer Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang treffen.“

Artikel 1 Nr. 57 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 2e bis 2g eingefügt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 3a, 3f und 3g eingefügt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. k desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. l desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und die den Beschlüssen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; es kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen festsetzen; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Die mit den Maßnahmen nach Satz 2 verbundenen Kosten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit. Abweichend von Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande kommen, den erweiterten Be-

wertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist die Vereinbarung fest; die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 57 lit. m desselben Gesetzes hat Abs. 7 und 8 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 57 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „sieben“ durch „drei“ und „je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch „drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. j litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und vier“ durch „und zwei“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. j litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „werden zwei Mitglieder“ durch „wird ein Mitglied“ und „gemeinsam von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ durch „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 57 lit. j litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds erfolgt durch die Verbände der Ersatzkassen.“

Artikel 2 Nr. 13 lit. a desselben Gesetzes hat Abs. 3b neu gefasst. Abs. 3b lautete:

„(3b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände der Krankenkassen gründen bis zum 30. April 2007 ein Institut, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt. Das Institut bereitet gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach den Absätzen 3a, 7 und 8 vor. Wird das Institut bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise gegründet, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Organisationen zur Errichtung des Instituts verpflichten oder eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder das Institut aufgelöst wird. Abweichend von Satz 1 können die dort genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Sie haben im Zeitraum bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts oder des von ihnen beauftragten Dritten sicherzustellen, dass der Bewertungsausschuss die in Satz 2 genannten Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Hierzu hat der Bewertungsausschuss regelmäßig, erstmalig bis zum 30. April 2007, festzustellen, ob und in welchem Umfang das Institut oder der beauftragte Dritte arbeitsfähig ist und ob abweichend von Satz 2 die dort genannten Aufgaben in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 zwischen dem Institut oder dem beauftragten Dritten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den in Absatz 3 genannten Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgeteilt werden sollen; Absatz 6 gilt entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3f Satz 2 „ihren Spitzenverband“ durch „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 6 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 8a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2b Satz 5 eingefügt.

18.06.2009.—Artikel 15 Nr. 5a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 3a neu gefasst. Abs. 3a lautete:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen. Er legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich jeweils 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. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.“

22.09.2010.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 9 eingefügt.

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat Abs. 2a Satz 3 bis 7 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2d Satz 1 „Absätzen 2b und 2c genannten“ durch „Absätzen 2a, Satz 3, 2b und 2c genannten Leistungen und“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 2 „ , wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist“ vor dem Semikolon eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 1 „sind als Versichertenpauschalen abzubilden“ durch „sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden“ und „ , können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden“ durch „oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 2 „werden“ durch „sollen“ und „üblicherweise“ durch „regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand“ ersetzt sowie „werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 3 „können nach“ durch „sollen einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten“ und die Wörter „wie Alter und Geschlecht“ durch „insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2c Satz 1 „sind“ durch „sollen“, „können“ durch „sollen“ und „abzubilden“ durch „abgebildet werden“ ersetzt sowie „ , einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 6,“ nach „Leistungserbringung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2c Satz 2 „werden die üblicherweise“ durch „sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand“ ersetzt und „werden; die Grundpauschalen sollen dabei soweit möglich und sachgerecht einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, sowie nach insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, differenziert werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2c Satz 4 „wird“ durch „kann“ ersetzt und „werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2d Satz 1 Satz 3, 2b und 2c“ durch „Satz 3, 2a bis 2c genannten Leistungen und“ ersetzt und „insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2“ nach „Dokumentationsverpflichtungen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2d aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Regelungen nach den Absätzen 2b, 2c Satz 1 bis 3 und 5 sowie nach diesem Absatz sind auf der Grundlage des zum Zeitpunkt des Beschlusses geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstabes erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2007 mit Wirkung zum 1. Januar 2008, die Regelung nach Absatz 2c Satz 6 erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2008 mit Wirkung zum 1. Januar 2009, die Regelung nach Absatz 2c Satz 4 erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 zu treffen.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 2e neu gefasst. Abs. 2e lautete:

„(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. im Regelfall,
2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie
3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1

festzulegen. Der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 2 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so überschreiten und der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 3 soll den Orientierungswert gemäß

Satz 1 Nr. 1 so unterschreiten, dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten; die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und 3 können dazu auch nach Versorgungsgraden differenziert werden. Die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 3 sind übergangsweise danach zu differenzieren, ob sie zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von Ärzten, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle) oder von Ärzten, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle), angewendet werden, mit dem Ziel einer möglichst zeitnahen Angleichung der Orientierungswerte für Alt- und Neufälle. Der Bewertungsausschuss bestimmt die Fälle, in denen die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 und 3 zwingend anzuwenden sind sowie ihren Anwendungszeitraum.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 2f aufgehoben. Abs. 2f lautete:

„(2f) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Absatz 2e Satz 1 abgewichen werden kann. Der Bewertungsausschuss kann die zur Festlegung der Indikatoren erforderlichen Datenerhebungen und -auswertungen gemäß Absatz 3f Satz 3 durchführen; soweit möglich hat er bei der Festlegung der Indikatoren amtliche Indikatoren zugrunde zu legen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur dienen insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der regionalen Fallzahlentwicklung von der bundesdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung messen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur dienen insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der für die Arztpraxen maßgeblichen regionalen Investitions- und Betriebskosten von den entsprechenden bundesdurchschnittlichen Kosten messen.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2g „der Orientierungswerte“ durch „des Orientierungswertes“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. h litt. bb bis dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2g Nr. 2 „sowie“ am Ende eingefügt, in Abs. 2g Nr. 3 „sowie“ am Ende gestrichen und Nr. 4 in Abs. 2g aufgehoben. Nr. 4 lautete:

„4. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte gemäß Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3“.

Artikel 1 Nr. 22 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. j desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 2h aufgehoben. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 2001 nicht zu Stande, hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. k desselben Gesetzes hat Abs. 2i eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. l desselben Gesetzes hat Abs. 3a neu gefasst. Abs. 3a lautete:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die vertragsärztlichen Honorare, die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, die Ausgaben der Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen sowie die regionale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Er übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit vierteljährlich vorläufige und endgültige Daten und Berichte zur aktuellen Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Quartal. Außerdem legt er jährlich spätestens bis zum 30. Juni einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer im Vorjahr vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Berichte nach den Sätzen 2 und 3 dem Deutschen Bundestag umgehend vor. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen nach Satz 1, zum Inhalt, Umfang und Zeitpunkt der Datenübermittlungen und Berichte nach Satz 2 und zum Inhalt des Berichts nach Satz 3 bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 22 lit. m litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 1 „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch „den §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. m litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 3 „am 1. Juli 2008“ nach „Institut“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22 lit. m litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 7 „in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008“ nach „Aufgaben“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 22 lit. n desselben Gesetzes hat in Abs. 3f Satz 1 „Abs. 2 Satz 4“ durch „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. o desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. p desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. q desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. r desselben Gesetzes hat Abs. 7 bis 9 aufgehoben. Abs. 7 bis 9 lauteten:

„(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.

(8) Der Bewertungsausschuss evaluiert die Umsetzung von § 87a Abs. 6 und § 87b Abs. 4 in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit insbesondere unter Einbeziehung der Möglichkeit von Verfahren der Pseudonymisierung und berichtet hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2010. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet auf dieser Grundlage dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2010.

(9) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Konzept umgehend dem Deutschen Bundestag vor.“

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Satz 1 in Abs. 2i neu gefasst. Satz 1 lautete: „Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 Absatz 1 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.“

Artikel 3 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2j eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2“ nach „Satz 1“ eingefügt und „betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln“ durch „in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a geändert. Abs. 2a lautete:

„(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für

Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 5 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2. Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 1 „Satz 6“ durch „Satz 7 und 8“ ersetzt und „oder im Wege der Delegation“ nach „telemedizinisch“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 2b aufgehoben. Satz 5 lautete: „Bis spätestens zum 31. Oktober 2008 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 2c Satz 1 „Satz 6“ durch „Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 2d Satz 1 „und Leistungen“ nach „genannten Leistungen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 34 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 3c Satz 3 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 3e neu gefasst. Abs. 3e lautete:

„(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts oder des beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 2 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte trifft, sowie
2. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

Die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. i desselben Gesetzes hat in Abs. 3f Satz 1 „Abs. 7 Satz 4 und § 73c Abs. 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3“ durch „Absatz 7 Satz 5 und § 140a Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. j desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „über den Bewertungsmaßstab“ nach „vereinbarung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 34 lit. k desselben Gesetzes hat Abs. 5b eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Abs. 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 13 eingefügt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Satz 6 in Abs. 1 durch die Sätze 6 und 7 ersetzt. Satz 6 lautete: „Spätestens bis zum 1. Januar 2006 ist auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik nach § 291a Abs. 7 Satz 2 und § 291b getroffenen Regelungen der Telematikinfrastruktur auch ein elektronischer Verordnungsdatensatz für die Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 14 bis 22 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2a Satz 6 „§ 136“ durch „§ 135b“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 23 und 24 eingefügt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5a Satz 2 bis 4 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2i Satz 1 „einer Pflegestufe“ durch „einem Pflegegrad“ ersetzt und „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ nach „erhalten“ gestrichen.

13.05.2017.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) hat Abs. 2a Satz 25 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3e Satz 1 Nr. 1 „bis spätestens zum 31. August 2017“ am Anfang eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5b Satz 5 bis 7 ersetzt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 5 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Sätze 17 bis 20 in Abs. 2a neu gefasst. Die Sätze 17 bis 20 lauteten: „Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. Juni 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und bis zum 30. September 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien Videosprechstunden telemedizinisch erbracht werden können. Auf der Grundlage dieser Prüfung beschließt er bis zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 für konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und bis zum 31. März 2017 mit Wirkung zum 1. Juli 2017 für Videosprechstunden entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g. Sofern der Bewertungsausschuss für konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen bis zum 31. Dezember 2016 und für Videosprechstunden bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g die erforderlichen Beschlüsse nicht getroffen hat, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Artikel 7 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2k eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1 Satz 8 bis 11 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2b neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Pauschalen nach Satz 1 sollen einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2c durch die Sätze und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden; die Grundpauschalen sollen dabei soweit möglich und sachgerecht einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, sowie nach insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, differenziert werden.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2c Satz 5 „Satz 3“ durch „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 2d Satz 1 „Absätzen 2a Satz 3, 2a“ durch „Absätzen 2a“ ersetzt und „Satz 5“ nach „Absatz 2c“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 54 lit. g desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 7 in Abs. 3b durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Die Sätze 3 bis 7 lauteten: „Ist das Institut nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise errichtet, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen zur Errichtung des Instituts verpflichten oder eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder wenn es aufgelöst wird. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können die in Satz 2 genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Sie haben im Zeitraum bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts oder des von ihnen beauftragten Dritten sicherzustellen, dass der Bewertungsausschuss die in Satz 1 genannten Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Hierzu hat der Bewertungsausschuss festzustellen, ob und in welchem Umfang das Institut oder der beauftragte Dritte arbeitsfähig ist und ob abweichend von Satz 2 die dort genannten Aufgaben zwischen dem Institut oder dem beauftragten Dritten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgeteilt werden sollen; Absatz 6 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 3d neu gefasst. Abs. 3d lautete:

„(3d) Über die Ausstattung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut oder den beauftragten Dritten entscheidet der Bewertungsausschuss; Absatz 6 gilt entsprechend. Die innere Organisation ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. i desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Abs. 3“ durch „Absatz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. j desselben Gesetzes hat Abs. 5a neu gefasst. Abs. 5a lautete:

„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen. Für den erweiterten Bewertungsausschuss nach Satz 1 ist darüber hinaus jeweils ein weiteres unparteiisches Mitglied von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu benennen. Die Benennung soll bis spätestens zum 31. März 2016 erfolgen. Bis zur Benennung gilt die Besetzung in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung fort.“

Artikel 1 Nr. 43 lit. k litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. k litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 9 „bis 6“ durch „bis 7“ ersetzt.

23.11.2019.—Artikel 2 Nr. 4a lit. b des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Abs. 2c Satz 8 und 9 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3f Satz 4 „Erhebung und“ nach „Für die“ gestrichen.

Artikel 123 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3f aufgehoben. Satz 5 lautete: „Personenbezogene Daten nach Satz 1 sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden.“

13.12.2019.—Artikel 1 Nr. 43 lit. c des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 3 in Abs. 2 durch die Sätze 3 bis 7 ersetzt. Satz 3 lautete: „Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 1 Satz 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 7 „bis spätestens zum 31. Oktober 2012“ nach „Bewertungsausschuss“ und „bis spätestens zum 31. März 2013“ nach „er“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 13 bis 15 in Abs. 2a neu gefasst. Die Sätze 13 bis 15 lauteten: „Bis spätestens zum 31. Dezember 2015 ist mit Wirkung zum 1. April 2016 eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann für den Fall, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen; Absatz 6 gilt. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren beginnend zum 31. Oktober 2016 einen Bericht über den Stand der Beratungen nach Satz 7 vor, in dem der Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2l eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 7 „Absatz 2a Satz 14 und“ nach „nach“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat Abs. 2m eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 4a lit. a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Abs. 2a Satz 26 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat Abs. 1 Satz 13 bis 15 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 14 „§ 291g Absatz 5“ durch „§ 367 Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 20 „§ 291g“ durch „§ 365 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 22 in Abs. 2a neu gefasst. Satz 22 lautete: „Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 27 und 28 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2k Satz 4 „§ 291g“ durch „§ 366 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2l und 2m neu gefasst. Abs. 2l und 2m lauteten:

„(2l) Mit Wirkung zum 30. September 2020 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen zu regeln, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragszahnärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistungen abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden. Die Regelungen erfolgen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g Absatz 6. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren jeweils einen Bericht über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien vor.

(2m) Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten daraufhin zu überprüfen, wie der Aufwand, der den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen im Sinne von § 2 Nummer 5 Buchstabe b und d des Implantateregistergesetzes in der vertragsärztlichen Versorgung auf Grund ihrer Verpflichtungen nach den §§ 16, 17 Absatz 1 des Implantateregistergesetzes sowie den §§ 18, 20, 24, 25 und 33 Absatz 1 Nummer 1 des Implantateregistergesetzes entsteht, angemessen abgebildet werden kann. Auf der Grundlage des Ergebnisses der Prüfung hat der Bewertungsausschuss eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen bis zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zu beschließen.“

26.05.2021.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) in Verbindung mit Artikel 15 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 1a Satz 8 „Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1)“ durch „Anhang XIII Abschnitt 1 der Verordnung (EU) 2017/745“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 15 „und 7“ nach „Nummer 5“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 7 „prüft der Bewertungsausschuss“ durch „prüfen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils“ und „beschließt er“ durch „beschließen der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a jeweils“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 15 in Abs. 2a neu gefasst. Satz 15 lautete: „Der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a legen dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Oktober 2020, einen Bericht über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien vor.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 17 in Abs. 2a neu gefasst. Satz 17 lautete: „Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 19 „der Anpassung“ durch „den Regelungen nach Satz 18“ ersetzt und „einschließlich der Versorgung mit gruppentherapeutischen Leistungen und Leistungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung“ nach „Versorgung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 20 „Anpassung erfolgt“ durch „Regelungen nach Satz 18 erfolgen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. ff desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Satz 22 „und 7“ vor „zu enthalten“ und „; die Vergütungsregelung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 ist bis zum 1. Oktober 2022 zu vereinbaren“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. gg desselben Gesetzes hat Satz 23 in Abs. 2a neu gefasst. Satz 23 lautete: „Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat bis spätestens zum 31. Dezember 2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. hh desselben Gesetzes hat Abs. 2a Satz 29 bis 32 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 „Nummer 3“ durch „Nummer 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2c Satz 3 Nr. 1 „Nummer 3“ durch „Nummer 4“ ersetzt.

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat Abs. 2a Satz 8 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 6 und 7 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 6 und 7 lauteten: „Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2016 vorzulegen.“

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 6 „erstmalig bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich“ durch „alle drei Jahre beginnend zum 31. Dezember 2023“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2b Satz 5 und 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2i Satz 1 „Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten“ durch „in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Satz 3 in Abs. 2b neu gefasst. Satz 3 lautete: „Mit Wirkung zum 1. September 2019 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

1. ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4,
2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt,
3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie
4. ein Zuschlag in Höhe von mindestens 10 Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2c durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Mit Wirkung zum 1. September 2019 sind für die Behandlung von Patienten folgende Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen vorzusehen:

1. ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4,
2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie

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

(1) Abweichend von § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf den oder einen Abschlag von dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen. Besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 3 können auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.

(3) Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 enthaltenen Preisen zu vergüten. Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4,

-
3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5c Satz 4 „Satz 11“ durch „Satz 12“ ersetzt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 0d des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 2a Satz 23 „1. Oktober 2022“ durch „1. Januar 2024“ ersetzt.

3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,
4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,
5. bis zum 31. Dezember 2022 Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärzten, die an der Grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden,
6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt,
7. die regelmäßige Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes und
8. ab dem 1. April 2023 kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Zudem haben sie unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Satz 10 vierteljährlich ein für die Kassenärztliche Vereinigung spezifisch durchzuführendes Korrekturverfahren zu vereinbaren, mit dem bei der Bereinigung nach Satz 7 nicht berücksichtigte Leistungsmengen bei den in Satz 5 Nummer 5 und 6 genannten Leistungen berücksichtigt werden. Das Korrekturverfahren erfolgt für vier Quartale beginnend mit Wirkung ab dem 1. Juli 2021; der Zeitraum wird verlängert, wenn die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht bis zum 30. Juni 2021 gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes aufgehoben wird, und endet ein Jahr nach deren Aufhebung zum Ende des dann laufenden Quartals. Der Bewertungsausschuss beschließt nach Maßgabe der Sätze 11 und 12 Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich der jeweiligen Korrekturbeträge der Leistungsmengen bei den in Satz 5 Nummer 5 und 6 genannten Leistungen, um die nach Satz 1 vereinbarte Gesamtvergütung basiswirksam zusätzlich zur Bereinigung nach Satz 7 zu bereinigen. Der Korrekturbetrag für die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen wird quartalsweise für jede Kassenärztliche Vereinigung ermittelt auf der Grundlage des aus den Abrechnungsdaten des Jahres 2018, unter Berücksichtigung der Abrechnungsdaten der Jahre 2016 und 2017, abgeleiteten zu erwartenden Verhältnisses aus dem Punktzahlvolumen für die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen zum Punktzahlvolumen aller Leistungen innerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung und der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen bei rechnerischer Anwendung dieses Verhältnisses auf das Punktzahlvolumen aller Leistungen innerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung und der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen im zu bereinigenden Quartal

nach Satz 9; von dem ermittelten Korrekturbetrag in Abzug zu bringen ist die bereits nach Satz 7 erfolgte Bereinigung für die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen. Für die Ermittlung des Korrekturbetrags für die in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen gilt Satz 11 entsprechend mit der Maßgabe, dass das zu erwartende Verhältnis aus einer empirisch zu bestimmenden Quote ermittelt wird, die sich am höchsten Anteil des Punktzahlvolumens für die in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen an dem Punktzahlvolumen aller Leistungen innerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung und der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung in einem Quartal im Bereinigungszeitraum nach Satz 7 bemisst. Ab dem 1. Januar 2023 sind die in Satz 5 Nummer 3, 4 und 6 genannten Leistungen bei der Abrechnung zu kennzeichnen. Das Bereinigungsverfahren nach den Sätzen 7 bis 12 für Leistungen nach Satz 5 Nummer 5 wird im Zeitraum 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung rückgeführt, wobei vereinbarte Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs seit der Bereinigung zu berücksichtigen sind; der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 30. November 2022 entsprechende Vorgaben. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben ab dem Jahr 2023 in jedem Quartal die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals zu bereinigen, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen der in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen der einzelnen Arztgruppen das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen im Vorjahresquartal um 3 Prozent übersteigt. Die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Bereinigung nach Satz 15 bis spätestens zum 31. März 2023. Der Bewertungsausschuss evaluiert, ob und wieweit durch die Vergütung der Leistungen nach Satz 5 Nummer 6 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung im Zeitraum vom 1. Juli 2019 bis zum 30. Juni 2024 gegenüber dem zum Vergleich herangezogenen Zeitraum eine Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung eingetreten ist. Das Verfahren der Evaluierung bestimmt der Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 über die Ergebnisse der Evaluierung zu berichten. Die Evaluierung umfasst auch die Evaluierung der Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 3 und 4. Abweichend von Satz 20 hat der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich, erstmals bis zum 30. September 2023, über die Ergebnisse der Evaluierung der Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 zu berichten. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 8 genannten Leistungen für vier Quartale zu bereinigen. Hierzu wird die Leistungsmenge der Leistungen nach Satz 5 Nummer 8 aus dem Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Auszahlungsquote dieser Leistungen im Vorjahresquartal ermittelt. Die Auszahlungsquote ist von der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Die Bereinigung darf nicht zu Lasten anderer Arztgruppen gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden. Das Nähere regelt der Bewertungsausschuss.

(3a) Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die nach Absatz 2 Satz 5 vereinbarten Preise von den Preisen nach Satz 1 ab, so ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Versicherten nach Absatz 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zugrunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln. Weicht die bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Versicherten von der tatsächlichen Zahl der Versicherten im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstat-

tungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 5 sind auf die nach Absatz 3 Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen.

(3b) Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen sind ab dem 1. April 2023 von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von § 85 Absatz 1 und abweichend von Absatz 3 Satz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der Vergütung der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, soweit die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten abgerechneten Leistungen die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausschöpfen. Für die erstmalige Festsetzung der auf die Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist das Honorarvolumen zugrunde zu legen, das für die Leistungen im zweiten Quartal 2022 gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden ist. Sofern dieses Honorarvolumen Zuschläge enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren. Für die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 5 sowie nach § 87a Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Mai 2023 Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die erstmalig rückwirkend zum 1. April 2023 für das laufende Kalenderjahr und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr zu erfolgen hat. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Mai 2023 Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen Leistungsmengenbezogenen Anteil an dieser Ausgleichszahlung bemisst. Eine Ausgleichszahlung ist dann zu leisten, wenn die auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung nach Satz 1 zu gewährleisten. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die Kassenärztliche Vereinigung die Entwicklung der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweist. Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des Absatzes 3 Satz 5 Nummer 8, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 über die Ergebnisse.

(4) Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine

Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren.

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

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen

1. zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie
3. zur Bestimmung von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 6.

Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsrate, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsrate werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsaus-

schusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln. Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September. Der Bewertungsausschuss beschließt geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7 und 8. In den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 sind auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Absatz 3 Satz 2 in der bis einschließlich 31. Dezember 2015 geltenden Fassung entspricht. Ab dem Jahr, in dem die Veränderungsdaten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 2 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Der Bewertungsausschuss hat bis zum 1. September 2019 Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die an der Grundversorgung oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist. Soweit erforderlich, beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a für die von ihm beschlossenen Vergütungen für Leistungen die Empfehlungen zur Bestimmung von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 6.

(5a) Der Bewertungsausschuss erstellt zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz über die der Empfehlung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 zugrunde liegenden Datengrundlagen einen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit der Empfehlung und den der Empfehlung zugrunde liegenden weiteren Beratungsunterlagen vorzulegen. § 87 Absatz 6 Satz 10 gilt entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend.¹⁸⁶

186 QUELLE

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 87a Zahlungsanspruch bei Zahnersatz

Abrechnungsgrundlage für die Versorgung mit Zahnersatz nach § 30 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei ver-

tragszahnärztlichen Versorgungsformen bis zum 31. Dezember 1999 auf das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin ist der Zahlungsanspruch nach Satz 2 für die dort genannte Dauer auf das 1,86fache des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Gebührensatzes begrenzt. Die zeitliche Befristung des Zahlungsanspruchs nach Satz 2 gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2.“

QUELLE

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 67 lit. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 4 „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 67 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 1 „§ 30 Abs. 3 Satz 2“ durch „§ 55 Abs. 4“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 13a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 13a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „und die Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat § 87a in § 87d umnummeriert.

QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 „ab 1. Januar 2009“ vor „die in“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 umfassend geändert. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „den nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten“ durch „dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Satz 6“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „nach Maßgabe der Kriterien“ durch „unter Berücksichtigung der Empfehlungen“ und „Satz 6“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „Satz 6“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 5 „Satz 6“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 23 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,

2. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 beruhen,
3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach Absatz 5 zu berücksichtigen.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 5 umfassend geändert. Abs. 5 lautete:

„(5) Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren

1. zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nr. 1 sowie
3. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4.

Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 2 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 sowie die Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Falls erforderlich können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus ein Verfahren festzulegen, nach welchem die Relativgewichte nach Satz 2 im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 zu bereinigen sind. Der Beschluss nach Satz 1 Nr. 1 ist erstmalig bis zum 31. August 2008, die Beschlüsse nach den Nummern 2 und 3 sowie Satz 4 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2009 zu treffen.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenverarbeitung unentgeltlich an die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien; sie können für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen Daten auch eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen. Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der Datenübermittlung bestimmt der Bewertungsausschuss erstmals bis zum 31. März 2009. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind in diesem Umfang befugt, versichertenbezogene Daten zu erheben und zu verwenden. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr erforderlich sind.“

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Satz 3 in Abs. 2 geändert. Satz 3 lautete: „Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 3 „2015“ durch „2016“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 9 eingefügt.

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 2 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden; nach Abschluss der Ver-

einbarung nach § 119b Absatz 2 können Zuschläge befristet für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2016 auch vereinbart werden zur Förderung

1. der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder
2. von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1.“

Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 5 Satz 10 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 44 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 5 in Abs. 3 durch die Sätze 5 bis 8 ersetzt. Satz 3 lautete: „Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten; in Vereinbarungen nach Satz 1 kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 7 „und 6“ nach „Satz 5“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 11 bis 13 eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 5 Satz 14 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 5 Satz 11 „Satz 5“ durch „Satz 6“ ersetzt.

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat Abs. 3b eingefügt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat Satz 11 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 11 lautete: „In den Jahren, in denen die Veränderungsdaten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen.“

Artikel 5 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat Abs. 3b aufgehoben. Abs. 3b lautete:

„(3b) Mindert sich das Gesamthonorar eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragsärztlichen Leistungserbringer leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf Leistungen, die gemäß Absatz 3 Satz 5 und 6 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.“

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 „und 3“ durch „und 4“ ersetzt.

01.07.2021.—Artikel 7a des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) hat Satz 8 in Abs. 3 durch die Sätze 8 bis 13 ersetzt. Satz 8 lautete: „Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.“

01.03.2022.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. März 2020 (BGBl. I S. 497) hat in Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 „und“ am Ende gestrichen, in Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 den Punkt am Ende durch „und“ ersetzt und Abs. 3 Satz 5 Nr. 7 eingefügt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 „und 4“ am Ende eingefügt.

§ 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; Gleiches gilt unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

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

(2a) Mindert sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensere-

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 „bis zum 31. Dezember 2022“ am Anfang eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 14 bis 22 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 1 Nr. 5 lit. b des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat Satz 13 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 13 lautete: „Ab dem 1. Juli 2021 sind die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen bei der Abrechnung zu kennzeichnen.“

16.05.2023.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. I Nr. 123) hat in Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt, in Abs. 3 Satz 5 Nr. 7 den Punkt durch „und“ ersetzt und Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 23 bis 28 eingefügt.

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

eignisses, soll die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorsehen. Regelungen nach Satz 1 können auch bei einer Minderung von Fallzahlen von Leistungen vorgesehen werden, die nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 1, 3, 4, 5 und 6 und Satz 6 vergütet werden. In der Vergangenheit gebildete und noch nicht aufgelöste Rückstellungen im Rahmen der Honorarverteilung sollen ebenfalls verwendet werden. Eine weitere Voraussetzung für die Zahlung von Kompensationszahlungen ist, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer die in § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden einhält. Bei einer Unterschreitung der in § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden können Kompensationszahlungen nur vorgenommen werden, wenn der vertragsärztliche Leistungserbringer durch eine Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder ein anderes Großschadenserignis verursachte rechtfertigende Gründe für die Unterschreitung nachweist.

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

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 3 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarvereinbarung zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum 23. Oktober 2015 Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen.

(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.¹⁸⁷

187 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 13b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 3 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst, wobei Abs. 4 der neuen Fassung bereits am 23. September 2011 in Kraft getreten ist. Die Vorschrift lautete:

„§ 87b Vergütung der Ärzte (arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina)

(1) Abweichend von § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Ab-

satz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Für den Fall, dass es im Zeitablauf wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 zu Nachzahlungen der Krankenkassen kommt, sind die Regelleistungsvolumina spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum entsprechend anzupassen. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

(3) Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte

zu berücksichtigen. Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Zudem können auf der Grundlage der Zeitwerte nach § 87 Abs. 2 Satz 1 Kapazitätsgrenzen je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes oder der Arztpraxis festgelegt werden. Anteile der Vergütungssumme nach Satz 2 Nr. 1 können für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden. Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist. Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt.

(4) Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest. Die Krankenkassen übermitteln den in Satz 3 genannten Parteien unentgeltlich die erforderlichen Daten, auch versichertenbezogen, nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Parteien nach Satz 3 können eine Arbeitsgemeinschaft mit der Erhebung und Verwendung der nach Satz 3 erforderlichen Daten beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

§ 87c Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraumes sowie für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und je Arztgruppe. Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren, um mögliche regionale Honorarunterschiede zu erklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die erforderlichen Daten. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsver-

(5) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand, bleiben unberührt. Kann ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige dem Arzt oder der Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen vorläufig fort. Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen höheren Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „bis 3“ durch „bis 4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung“ ersetzt.

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

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 4a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 4 Satz 1 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) und Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) haben Abs. 2a neu gefasst. Abs. 2a lautete:

„(2a) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.“

16.05.2023.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. I Nr. 123) hat in Abs. 1 Satz 3 „; Gleiches gilt unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben“ am Ende eingefügt.

ordnung das Nähere zu Form, Inhalt, Umfang sowie zu den Fristen der Berichte und zu den Datenübermittlungen zu bestimmen.¹⁸⁸

188 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 13c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 7 „und den Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 87c Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010

(1) Abweichend von § 87 Abs. 2e Satz 1 erfolgt die erstmalige Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008, die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 für das Jahr 2010 bis zum 31. August 2009. Dabei ist der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens nach Satz 3 durch die Leistungsmenge nach Satz 4 zu ermitteln, es sei denn, durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder des für ärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschusses wird der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 in anderer Höhe festgelegt. Das Finanzvolumen ergibt sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs. 1 zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltende Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen ist. Die Leistungsmenge ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen. Bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Für die Hochrechnung nach Satz 4 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss unentgeltlich bis zum 1. Juni 2008 die ihnen vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Bei der Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2010 hat der Bewertungsausschuss über die in § 87 Abs. 2g genannten Kriterien hinaus Fehlschätzungen bei der Ermittlung der Leistungsmenge nach den Sätzen 4 und 5 zu berücksichtigen.

(2) Liegen zur Ermittlung der Indikatoren nach § 87 Abs. 2f Satz 4 keine amtlichen Indikatoren vor und ist es dem Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2008 nicht möglich, die zur Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten, kann der Bewertungsausschuss diese Indikatoren für das Jahr 2009 abweichend von § 87 Abs. 2f Satz 4 mit Hilfe von amtlichen Indikatoren ermitteln, die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen.

(3) Abweichend von § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbaren die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss gemäß Absatz 1 für das Jahr 2009 vereinbarten Orientierungswertes bis zum 15. November 2008 einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 anzuwenden ist. Abweichend von § 87a Abs. 2 Satz 6 zweiter Halbsatz enthält die zu erstellende regionale Gebührenordnung für das Jahr 2009 keine Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung. Die Punktwerte für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Falle von Unter- und Überversorgung werden auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß Absatz 1 für das Jahr 2010 vereinbarten Orientierungswerte erstmalig bis zum 31. Oktober 2009 für das Jahr 2010 vereinbart und auf dieser Grundlage die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung erstmalig in der regionalen Gebührenordnung für das Jahr 2010 ausgewiesen.

(4) Abweichend von § 87a Abs. 3 Satz 1 erfolgen die erstmaligen Vereinbarungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 bis zum 15. November 2008. Dabei wird der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf für jede Krankenkasse wie folgt bestimmt: Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewer-

§ 87d¹⁸⁹

tungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 zu multiplizieren. Die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich aus der Hochrechnung der den Vertragsparteien vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Fehlschätzungen nach den Sätzen 3 und 4 sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung für das Jahr 2010 zu berichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. August 2008 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs nach den Sätzen 1 bis 4 einschließlich der dafür erforderlichen Daten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den in § 87a Abs. 2 Satz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Daten nach Satz 5 unentgeltlich bis zum 31. Oktober 2008.“

16.05.2023.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. I Nr. 123) hat Satz 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Das Nähere bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

189 UMNUMMERIERUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat § 87a in § 87d unnummeriert.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 57c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 4 „Abs. 2d“ durch „Abs. 2h“ ersetzt.

UMNUMMERIERUNG

22.09.2010.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat § 87d in § 87e unnummeriert.

QUELLE

22.09.2010.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat die Vorschrift eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

(1) Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 werden im Jahr 2011 und 2012 nicht angewendet. Die in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannten Punktwerte werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden. Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2f zu treffen. Die regionale Eurogebührenordnung, die nach § 87a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz zu erstellen ist, enthält für die Jahre 2011 und 2012 ausschließlich Preise für den Regelfall.

(2) Die nach § 87a Absatz 3 und 4 von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind für das Jahr 2011 bis spätestens vier Wochen nach der in Satz 7 genannten Frist sowie für das Jahr 2012 bis spätestens zum 31. Oktober 2011 nach Maßgabe dieses Absatzes zu ermitteln. Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um 1,25 Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnun-

§ 87e Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2, § 29 Absatz 5 Satz 1 und § 55 Abs. 4 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zu Grunde liegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. Die Begrenzung nach den Sätzen 2 und 3 entfällt, wenn der Gemeinsame Bundes-

gen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt. Der sich aus den Sätzen 2 bis 4 ergebende angepasste Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 wird mit den in Absatz 1 Satz 3 genannten Punktwerten in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren nach Satz 4 zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Die Regelungen der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.

(3) Kommt der Beschluss nach Absatz 2 Satz 7 ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb der genannten Frist zustande, gilt § 87b Absatz 5 Satz 4 und 5 entsprechend.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, und zwar erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei das Ausgabenvolumen des Jahres 2010, erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten. Hierzu können die Vertragspartner nach Satz 1 abweichend von § 87b Absatz 1 Satz 1 eine Abstufung der Preise in der regionalen Euro-Gebührenordnung oder Mengenbegrenzungsregelungen vereinbaren. Die Partner der Bundesmantelverträge können für die Vereinbarungen nach Satz 1 Empfehlungen zum Umfang sowie zum Verfahren der Ausgabenbegrenzung vereinbaren. Die Vorgaben dieses Absatzes gelten nicht für gesetzlich vorgeschriebene, auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhende Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen, nichtärztliche Dialyseleistungen sowie ab dem Jahr 2009 eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen. Die Regelungen dieses Absatzes gelten für das Jahr 2012 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 das Ausgabenvolumen des Jahres 2011, erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten soll.“

AUFHEBUNG

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

(1) Für das Jahr 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Der in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannte Punktwert wird für das Jahr 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für das Jahr 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf den Orientierungswert nicht vereinbart werden.

(2) Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.“

ausschuss seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a und der Bewertungsausschuss seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2h Satz 2 erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien und der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses.¹⁹⁰

Vierter Titel Zahntechnische Leistungen

§ 88 Bundesleistungsverzeichnis, Datenaustausch, Vergütungen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit dem Verband Deutscher Zahn-techniker-Innungen ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst auch Festlegungen zu Inhalt und Umfang der im Rahmen der Erbringung zahntechnischer Leistungen elektronisch auszutauschenden Daten sowie zu deren Übermittlung. Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenzahn-ärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungs-verbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen, ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

(3) Preise für zahntechnische Leistungen nach Absatz 1 ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, haben die Preise nach Absatz 2 Satz 1 und 2 um mindestens 5 vom Hundert zu unterschreiten. Hierzu können Verträge nach § 83 abgeschlossen werden.¹⁹¹

190 UMNUMMERIERUNG

22.09.2010.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat § 87d in § 87e unnummeriert.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 47 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Satz 1 „ , § 29 Absatz 5 Satz 1“ nach „Satz 2“ eingefügt.

191 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 46 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Verträge nach § 83 haben Höchstpreise vorzusehen, die die Preise nach Absatz 2 unterschreiten.“

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 31 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 88 Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise.

(2a) Für das Jahr 1993 werden die zahntechnischen Vergütungen bei Leistungen für Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung für gewerbliche Labore und Praxislabore auf der Basis der am 31. Dezember 1992 geltenden Preise um 5 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis, wobei sich die Preise in den Jahren 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern dürfen, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt festzulegen. Die Landesverbän-

Fünfter Titel Schiedswesen

§ 89 Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsämter).

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsämter).

(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige Schiedsamt oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder

de der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Innungsverbände der Zahntechniker können unterschiedliche Absenkungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 5 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt.

(3) Zahntechnische Leistungen nach Absatz 1, die von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der kassenzahnärztlichen Versorgung. Die Verträge nach § 83 haben Höchstpreise vorzusehen, die die Preise nach Absatz 2 und 2a um mindestens 5 vom Hundert unterschreiten.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 88 Vergütungen außerhalb von Zahnersatz

Zahntechnische Leistungen, die bei Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien und kieferorthopädischer Behandlung von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.“

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 68 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen“ durch „Spitzenverbände der Krankenkassen“ und „Bundesinnungsverband der Zahntechniker“ durch „Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „ , ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,“ nach „Absatz 1,“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 58 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen“.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das Schiedsamt weiter. Das Schiedsamtverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die Landesschiedsämter und die Bundesschiedsämter bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte oder Zahnärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Festsetzung des Inhalts eines Vertrages, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken als Vertreter der Krankenkassen nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Absatz 1 genannten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können von Satz 2 abweichende Regelungen vereinbaren. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige Schiedsamt bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des Schiedsamtes führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige Schiedsamt zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige Schiedsamt gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des Schiedsamtes teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das Schiedsamt in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das Schiedsamt innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese

Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter gilt auch für das Bundesversicherungsamt, sofern ihm die Entscheidungen der Schiedsämter gemäß Satz 6 vorzulegen sind. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, den §§ 83, 85 und 87a sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 3, 4 und 5 sowie die aufgrund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 1, 2, 4 und 5 sowie die aufgrund des Absatzes 11 erlassene Verordnung entsprechend.¹⁹²

192 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 47 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 47 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 47 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung (Landesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

Artikel 1 Nr. 47 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen.“

Artikel 1 Nr. 47 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 47 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft bilden je ein Schiedsamt für die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus fünf von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft bestellten Vertreter, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Absatz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 47 lit. g desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Im übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 2 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 47 lit. h desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Im übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 1 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtverordnung entsprechend.“

Artikel 33 § 9 desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit.“

01.01.1996.—Artikel 1 Nr. 47 lit. f des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Die vorgelegten Entscheidungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären dem Schiedsamt zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Entscheidungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandung durch die Vertragspartner oder das Schiedsamt gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.“

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 7 und 8 aufgehoben. Abs. 7 und 8 lauteten:

„(7) Der Bundesinnungsverband der Zahntechniker, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben vom Bundesinnungsverband der Zahntechniker sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtverordnung entsprechend.

(8) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahntechniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3 sowie Absatz 5 entsprechend.“

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat Abs. 7 und 8 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a und b der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 5 Satz 2 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ und in Abs. 6 „Der Bundesminister“ durch „Das Bundesministerium“ ersetzt.

02.01.2002.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. August 2001 (BGBl. I S. 2144) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

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

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 69 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 69 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 69 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „§ 83 Abs. 1“ durch „§ 57 Abs. 1 und 2, § 83“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 69 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Bundesinnungsverband der Zahntechniker, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkas-

sen“ durch „Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen“ ersetzt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 4 Satz 1 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „Bundesknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 59 lit. d des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 5 Satz 4 „§ 83 und § 85“ durch „§§ 83, 85 und 87a“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 59 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 59 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Krankenkassen und“ nach „genannten“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 59 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung“ nach „Abs. 2“ eingefügt und „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 59 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „ , die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Verbände der Ersatzkassen“ durch „und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Das Schiedsamt besteht aus sieben vom Bundesinnungsverband der Zahntechniker sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

Artikel 1 Nr. 59 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 59 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahntechniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

29.12.2015.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1a Satz 1 „oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrags gesetzlich vorgesehenen Frist“ nach „Frist“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 89 Schiedsamt

(1) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter. Kommt ein Vertrag bis zum Ablauf von drei Monaten durch Schiedsspruch nicht zu Stande und setzt das Schiedsamt auch innerhalb einer von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmten Frist den Vertragsinhalt nicht fest, setzt die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde den Vertragsinhalt fest. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.

(1a) Kommt ein gesetzlich vorgeschriebener Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande und stellt keine der Vertragsparteien bei dem Schiedsamt den Antrag, eine Einigung herbeizuführen, können die zuständigen Aufsichtsbehörden nach Ablauf einer von ihnen gesetzten angemessenen Frist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrags gesetzlich vorgesehenen Frist das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamt setzt

§ 89a Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Satz 1 genannten Krankenkassen und Verbände der Krankenkassen können von Satz 3 abweichende Regelungen vereinbaren.

(3) Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einigen. § 213 Abs. 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und je zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter enthalten muß. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. Die Mitglieder des Schiedsamts führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung. Absatz 2 Satz 2 bis 4 und Absatz 3 gelten entsprechend.

(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiter übertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, §§ 83, 85 und 87a sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(7) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a, 3 und 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

(8) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3 sowie Absatz 5 entsprechend.“

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundesebene.

(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und von deren Stellvertretern durch die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische

Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsgremien gilt auch für das Bundesversicherungsamt, soweit ihm die Entscheidungen der Schiedsgremien gemäß Satz 6 vorzulegen sind. Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 5 und 6 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.¹⁹³

Sechster Titel

Landesausschüsse und Gemeinsamer Bundesausschuss¹⁹⁴

§ 90 Landesausschüsse

193 QUELLE

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 10 Satz 8 „Satz 4 und 5“ durch „Satz 5 und 6“ ersetzt.

194 ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 69a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in der Überschrift des Titels „Bundesausschüsse“ durch „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.

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

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

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

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

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

(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.¹⁹⁵

195 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 3 Satz 4 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. b der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 3 Satz 4 „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. 3 Satz 4 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 11 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 Satz 4 „Bundeskknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 4 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

§ 90a Gemeinsames Landesgremium

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.¹⁹⁶

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 60 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie die Ersatzkassen“ vor „bilden“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 60 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für die Ersatzkassen nehmen deren Verbände die Aufgabe der Landesverbände nach Satz 1 wahr.“

Artikel 1 Nr. 60 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 2 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 60 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „sowie die Ersatzkassen“ nach „Landesverbände“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 60 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Vereinigungen und“ durch „Vereinigungen,“ ersetzt und „sowie den Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 60 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „sowie den Ersatzkassen“ vor „bestellt“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 60 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „einerseits“ nach „Vereinigungen“ und „sowie die Ersatzkassen andererseits“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 60 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „ , der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Verbände der Ersatzkassen“ durch „und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 2 Satz 1 „landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „landwirtschaftlichen Krankenkasse“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 4 Satz 2 „sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ nach „Landesausschüssen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „und Absatz 3“ nach „§ 103 Absatz 1 Satz 1“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

196 QUELLE

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 4b des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 2 „ ; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung“ am Ende eingefügt.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtszeit vor. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren. Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher. Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr und hat ein Antragsrecht an das Beschlussgremium nach Satz 1, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen 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 Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen. Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit

ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre.

(2a) Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder gilt § 139c entsprechend. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(3a) Verletzen Mitglieder oder deren Stellvertreter, die von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen benannt oder berufen werden, in der ihnen insoweit übertragenen Amtsführung die ihnen einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches mit der Maßgabe entsprechend, dass die Verantwortlichkeit den Gemeinsamen Bundesausschuss, nicht aber die in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen, trifft. Dies gilt auch im Falle einer Berufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 2 Satz 7. Soweit von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen für die Vorbereitung von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Personen für die nach seiner Geschäftsordnung bestehenden Gremien benannt werden und diese Personen zur Wahrung der Vertraulichkeit der für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtigen, ihnen zugänglichen Unterlagen und Informationen verpflichtet werden, gilt Satz 1 entsprechend. Das Gleiche gilt für nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannte sachkundige Personen, denen zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtige Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden, wenn sie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Wahrung der Vertraulichkeit dieser Unterlagen verpflichtet worden sind. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, einschließlich Bewertungen nach den §§ 35a und 35b, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses trifft; in der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitbera-

tungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von drei Monaten nach Vorlage des Beschlusses und der tragenden Gründe ganz oder teilweise versagt. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Genehmigungsprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt, so kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise und des Bewertungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderliche Änderungen bestimmen und anordnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann das Bundesministerium für Gesundheit die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen. Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn sich die Erforderlichkeit der Änderung einer bereits genehmigten Regelung der Verfahrensordnung oder der Geschäftsordnung erst nachträglich ergibt. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Sätzen 3 bis 7 haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 Satz 3 bleiben unberührt.

(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Verarbeitung personenbezogener Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 136d sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorübergreifend zu fassen. Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zulasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen. Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlags oder eines Antrags eines Unparteiischen nach § 135 Absatz 1 Satz 1 oder § 137c Absatz 1 Satz 1 können die Unparteiischen oder kann der Unparteiische die Geschäftsführung beauftragen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(8) (weggefallen)

(9) Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche oder elektronische Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu

einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt spätestens ab dem 1. September 2012 die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.

(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 136b Absatz 3 Satz 1, § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 vorzulegen, in dem im Falle von Überschreitungen der Fristen nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.¹⁹⁷

197 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

24.06.1998.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 2a Satz 1 und 2 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. c der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 3 „den Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

Artikel 216 Nr. 1 lit. a derselben Verordnung hat in Abs. 4 „der Bundesminister“ durch „das Bundesministerium“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 70 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 91 Bundesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen berufen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt.

(2a) Soweit sich Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 auf die psychotherapeutische Versorgung beziehen, sind abweichend von Absatz 2 Satz 1 fünf psychotherapeutisch tätige Ärzte und fünf Psychotherapeuten sowie ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen. Unter den psychotherapeutisch tätigen Ärzten und den Psychotherapeuten muß jeweils ein im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätiger Leistungser-

bringer sein. Für die erstmalige Beschlußfassung der Richtlinien nach § 92 Abs. 6a Satz 3 werden die Vertreter der Psychotherapeuten vom Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Psychotherapeuten berufen.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einerseits und die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Verbände der Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Bundesausschüsse je zur Hälfte. § 90 Abs. 3 Satz 4 gilt.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesausschüsse führt das Bundesministerium für Gesundheit.“

01.10.2005.—Artikel 6 Nr. 12 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 3, Abs. 3 Satz 2 und Abs. 10 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Verbände der Ersatzkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaftlichen Krankenversicherung. Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Verbände nach Absatz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Verbänden nach Satz 1. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenhäuser und ihre Stellvertreter von der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Verbänden nach Absatz 1 bestellten Mitglieder gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. § 90 Abs. 3 Satz 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von Unterausschüssen, trifft. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt evidenzbasierte Patienteninformationen, auch in allgemein verständlicher Form, zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung ab.

(4) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 116b Abs. 4, zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f wirkt anstelle des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ein weiterer Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit.

(5) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 mit Ausnahme der Nummer 2, nach § 136 Abs. 2 Satz 2 und nach § 136a wirken anstelle des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft fünf weitere Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit. Bei Beschlüssen zu Richtlinien über die psychotherapeutische Versorgung sind als Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf psychotherapeutisch tätige Ärzte und fünf Psychotherapeuten sowie ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen.

(6) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und zu Richtlinien nach § 136 Abs. 2 Satz 3 und § 136b wirken anstelle der vier Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft acht weitere Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit.

(7) Bei Beschlüssen zu § 137 und zu Richtlinien nach § 137c wirken anstelle der vier Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit.

(8) Die Vertreter der Vereinigungen und Verbände nach Absatz 1, die an den jeweiligen Beschlüssen und Entscheidungen nach den Absätzen 4 bis 7 nicht mitwirken, haben ein Mitberatungsrecht.

(8a) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.

(9) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Versicherten, die Krankenkassen und für die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich.

(10) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit; die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 „einschließlich Bewertungen nach den §§ 35a und 35b,“ nach „Nutzens,“ eingefügt.

01.12.2011.—Artikel 1 Nr. 29 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 umfassend geändert. Abs. 2 lautete:

„(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zwei Stellvertreter sollen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig.“

Artikel 1 Nr. 29 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Abs. 1“ nach „§ 139c“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 29 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „und zu Empfehlungen nach § 137f“ nach „§ 137b“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 29 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 9 durch Abs. 9 und 10 ersetzt. Abs. 9 lautete:

„(9) Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 bestellen den Vorsitzenden des Beschlussgremiums bis zum 31. Juli 2008. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 30. September 2008 abzuschließen. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des Beschlussgremiums in der Besetzung der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Regelungen.“

28.06.2012.—Artikel 12b Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) hat Abs. 3a eingefügt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat Satz 12 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 12 lautete: „Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 11 eingefügt.

25.07.2015.—Artikel 1 Nr. 16a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 2 Satz 2 „sechs Monate“ durch „zwölf Monate“ ersetzt und „; für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 16a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 12 und 13 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16a lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat die bisherigen Sätze 16 und 17 in Abs. 2 aufgehoben. Die bisherigen Sätze 16 und 17 lauteten: „Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen. Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.“

Artikel 1 Nr. 16a lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 7 neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.“

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 5 Satz 2 „§ 137 Abs. 3 Satz 7“ durch „§ 136b Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „§ 137b“ durch „§ 136d“ ersetzt.

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat in Abs. 2 Satz 14 „Absatz 6 Satz 2 und“ nach „§ 35a“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 bis 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

05.04.2017.—Artikel 161 Nr. 2 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) hat in Abs. 9 Satz 1 „oder elektronische“ nach „schriftliche“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 50 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 Satz 15 bis 19 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 50 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 1 „Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5“ durch „Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 16 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 5a „Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer“ durch „Verarbeitung personenbezogener“ ersetzt.

18.12.2019.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat in Abs. 7 Satz 5 „können sie“ durch „oder eines Antrags eines Unparteiischen nach § 135 Absatz 1 Satz 1 oder § 137c Absatz 1 Satz 1 können die Unparteiischen oder kann der Unparteiische“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 1 „Fristüberschreitungen“ durch „Überschreitungen der Fristen nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 7 Satz 6 „und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Aufruf verfügbar gehalten“ am Ende eingefügt.

§ 91a Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen

(1) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen gelten die §§ 67 bis 69 Absatz 1 und 2, § 70 Absatz 1 und die §§ 76 bis 77 Absatz 1 und 1a des Vierten Buches entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt seinen Haushaltsplan dem Bundesministerium für Gesundheit. Er teilt dem Bundesministerium für Gesundheit mit, wenn er eine vorläufige Haushaltsführung, die Genehmigung überplanmäßiger oder außerplanmäßiger Ausgaben oder einen Nachtragshaushalt beschließt. Für das Vermögen gelten die §§ 80 bis 84, 85 Absatz 1 bis 3a und Absatz 3b bis 5 und § 86 des Vierten Buches und für die Verwendung der Mittel § 305b entsprechend. Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 entsprechend. Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres des Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan des Gemeinsamen Bundesausschusses auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten nicht übersteigen. Soweit Vermögen nicht zur Rücklagenbildung erforderlich ist, ist es zur Senkung der nach § 91 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c zu erhebenden Zuschläge zu verwenden.

(2) Für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss kann die Aufsichtsbehörde ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 000 000 Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festsetzen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss 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 einzurichten. Die Ergebnisse des internen Kontrollsystems sind dem Beschlussgremium nach § 91 Absatz 2 Satz 1 und dem Innovationsausschuss nach § 92b Absatz 1 in regelmäßigen Abständen sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften auch der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(4) Die Vorschriften über die Errichtung, Übernahme oder wesentliche Erweiterung von Einrichtungen sowie über eine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an Einrichtungen nach § 219 Absatz 2 und 3 gelten entsprechend.¹⁹⁸

§ 91b Verordnungsermächtigung zur Regelung der Verfahrensgrundsätze der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 13 „und hat ein Antragsrecht an das Beschlussgremium nach Satz 1“ nach „wahr“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 136b Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 1 „§ 136b Absatz 3 Satz 1,“ nach „und 5,“ eingefügt.

198 QUELLE

01.03.2017.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Satz 8 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 8 lautete: „Für die Höhe der Betriebsmittel gilt § 260 Absatz 2 Satz 1 entsprechend.“

01.07.2020.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) hat in Abs. 4 „bis 4“ durch „und 3“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat in Abs. 1 Satz 6 „bis 83 und 85 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 bis 5“ durch „bis 84, 85 Absatz 1 bis 3a und Absatz 3b bis 5 und § 86“ ersetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmals bis zum 30. Juni 2020 das Nähere zum Verfahren, das der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 135 Absatz 1 und bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nach § 137c Absatz 1 zu beachten hat. Es kann in der Rechtsverordnung Folgendes näher regeln:

1. den Ablauf des Verfahrens beim Gemeinsamen Bundesausschuss, insbesondere Fristen und Prozessschritte sowie die Ausgestaltung der Stellungnahmeverfahren und die Ausgestaltung von Beauftragungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
2. die Anforderungen an die Unterlagen und die Nachweise zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
3. die Anforderungen an die Ausgestaltung der tragenden Gründe der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere zur Darlegung der den Feststellungen und Bewertungen zugrunde liegenden Abwägungsentscheidungen, insbesondere im Hinblick auf fehlende oder unzureichende Behandlungsalternativen, Besonderheiten seltener Erkrankungen und Umstände, wonach Studien nicht oder nicht in angemessener Zeit durchführbar sind.

Innerhalb eines Monats nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 1 und jeweils nach Inkrafttreten von Änderungen der Rechtsverordnung hat der Gemeinsame Bundesausschuss seine Verfahrensordnung an die Vorgaben der Rechtsverordnung anzupassen.¹⁹⁹

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes,

199 QUELLE

18.12.2019.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494) hat die Vorschrift eingefügt.

7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von externem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeben, einen Beschluss zu einzelnen dem Bundesausschuss durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. Bei Nichteinhaltung der Frist fasst eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluss. Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(1b) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134a Absatz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben Arznei- und Heilmittel unter Berücksichtigung der Bewertungen nach den § 35a und § 35b so zusammenzustellen, daß dem Arzt die wirtschaftliche und zweckmäßige Auswahl der Arzneimitteltherapie ermöglicht wird. Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, sind zu den einzelnen Indikationsgebieten Hinweise aufzunehmen, aus denen sich für Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens auch im Verhältnis zu den Therapiekosten und damit zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung ergibt; § 73 Abs. 8 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, können ferner für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel in folgenden Gruppen zusammengefaßt werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,
2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind,
3. Mittel, bei deren Verordnung wegen bekannter Risiken oder zweifelhafter therapeutischer Zweckmäßigkeit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

Absatz 3a gilt entsprechend. In den Therapiehinweisen nach den Sätzen 1 und 7 können Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung von Arzneimitteln festgestellt werden, insbesondere

bezogen auf die Qualifikation des Arztes oder auf die zu behandelnden Patientengruppen. In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 können auch Therapiehinweise zu Arzneimitteln außerhalb von Zusammenstellungen gegeben werden; die Sätze 3 und 4 sowie Absatz 1 Satz 1 dritter Halbsatz gelten entsprechend. Die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 können Empfehlungen zu den Anteilen einzelner Wirkstoffe an den Verordnungen im Indikationsgebiet vorsehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die Grundsätze für die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 in seiner Verfahrensordnung. Verordnungseinschränkungen oder Verordnungsausschlüsse nach Absatz 1 für Arzneimittel beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss gesondert in Richtlinien außerhalb von Therapiehinweisen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Verordnung eines Arzneimittels nur einschränken oder ausschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit nicht durch einen Festbetrag nach § 35 hergestellt werden kann. Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse eines Arzneimittels wegen Unzweckmäßigkeit nach Absatz 1 Satz 1 dürfen den Feststellungen der Zulassungsbehörde über Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels nicht widersprechen.

(2a) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft vom pharmazeutischen Unternehmer im Benehmen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut innerhalb einer angemessenen Frist ergänzende versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels fordern. Absatz 3a gilt für die Forderung nach Satz 1 entsprechend. Das Nähere zu den Voraussetzungen, zu der Forderung ergänzender Studien, zu Fristen sowie zu den Anforderungen an die Studien regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Werden die Studien nach Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 von der Verordnungsfähigkeit ausschließen. Eine gesonderte Klage gegen die Forderung ergänzender Studien ist ausgeschlossen.

(3) Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 2 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen nach Absatz 2 Satz 2, die Zusammenfassung der Arzneimittel in Gruppen nach Absatz 2 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung nach Absatz 2 ist unzulässig.

(3a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesgesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes sowie bei Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 zu Grunde legt, bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen sowie in den tragenden Gründen der Beschlüsse zu benennen.

(4) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln

1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind,
2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,

3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a.

(4a) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2021 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung in geeigneten Fällen. Bei der Festlegung der Regelungen nach Satz 1 ist zu beachten, dass im Falle der erstmaligen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung diese nicht über einen Zeitraum von bis zu drei Kalendertagen hinausgehen und ihr keine Feststellung des Fortbestehens der Arbeitsunfähigkeit folgen soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen nach Satz 1 über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über deren Umsetzung vorzulegen. Bei der Erstellung des Berichtes ist den Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In Ergänzung der nach Satz 1 beschlossenen Regelungen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Januar 2024 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen sowie ausschließlich bezogen auf in der jeweiligen ärztlichen Praxis bekannte Patientinnen und Patienten auch nach telefonischer Anamnese.

(5) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist den in § 111b Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer, den Rehabilitationsträgern (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 des Neunten Buches) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. In den Richtlinien ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.

(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer,
5. auf welche Angaben bei Verordnungen nach § 73 Absatz 11 Satz 1 verzichtet werden kann sowie
6. die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in

den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.

(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In den Richtlinien sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

(6c) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen. Er kann den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten erstrecken, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist.

(7) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere zu regeln

1. die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung und
2. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus,
3. die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt,
4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA),
5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7a) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 127 Absatz 9 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7c) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversor-

gung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und § 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Bei Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.

(7f) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht; Absatz 7e Satz 2 bis 7 gilt entsprechend. Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3 ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132l Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(8) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.²⁰⁰

200 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 48 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Nr. 9 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 9 lautete:

„9. Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten,“.

Artikel 1 Nr. 48 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 über den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten sind auch Regelungen über den Ausschluß der Vergütung solcher Leistungen zu treffen, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden.“

Artikel 1 Nr. 48 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 „und der Verträge nach § 83 Abs. 3 und 4“ am Ende gestrichen.

01.04.1995.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat in Abs. 1 Nr. 6 „, Krankenhausbehandlung und häuslicher Pflegehilfe“ durch „und Krankenhausbehandlung“ ersetzt.

01.10.1995.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 „und Krankenhausbehandlung“ durch „, Krankenhausbehandlung und häuslicher Krankenpflege“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Ärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. e und f desselben Gesetzes hat Abs. 7 in Abs. 8 unnummeriert und Abs. 7 eingefügt.

24.06.1998.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 6a eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 6a Satz 1 und 2 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Nr. 6 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung und häuslicher Krankenpflege,“.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a und 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 7a eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 22 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 1 „behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und“ nach „der Versorgung“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 22 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 8 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 8 lautete:

„8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,“.

Artikel 5 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „, den Rehabilitationsträgern (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 des Neunten Buches) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ nach „Leistungserbringer“ eingefügt.

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder § 35a“ nach „§ 35“ eingefügt.

23.02.2002.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „ferner“ nach „können“ eingefügt.

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

01.08.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2874) hat in Abs. 5 Satz 1 „§ 111a“ durch „§ 111b“ ersetzt.

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

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 71 lit. a litt. aa und bb des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Bundesausschüsse beschließen“ durch „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt“ ersetzt und „; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Sie sollen“ durch „Er soll“ und in Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 2 „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 3 „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1b „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „; § 73 Abs. 8 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 7a „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 71 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „der Bundesausschüsse“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 5a lit. a des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Gemeinsame Bundesausschüsse beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“

Artikel 1 Nr. 5a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 62 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Richtlinien der Bundesausschüsse“.

Artikel 1 Nr. 62 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 bis 15 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 62 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Abs. 1 und 3b“ nach „Apothekenabgabepreis“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 62 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 62 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die bei Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind.“

Artikel 1 Nr. 62 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 62 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 7b und 7c eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 62 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1a Satz 5 „der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch „von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 1h des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 3a neu gefasst. Abs. 3a lautete:

„(3a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer und der Apotheker sowie den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Artikel 41 des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2917) hat Nr. 7 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 7 lautete:

„7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit“,

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat in Abs. 1 Satz 1 „einschließlich Arzneimitteln“ nach „von Leistungen“ gestrichen und „sowie wenn insbesondere ein Arzneimittel unzulässig“ durch „; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzulässigkeit erwiesen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Festbeträge nach § 35 oder § 35a“ durch „Bewertungen nach den §§ 35a und 35b“ und „der Preisvergleich und die Auswahl therapiege rechter Verordnungsmengen“ durch „die wirtschaftliche und zweckmäßige Auswahl der Arzneimitteltherapie“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „zum jeweiligen Apothekenabgabepreis unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Abs. 1 und 3b“ durch „zu den Therapiekosten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Artikel 1 Nr. 13 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 8 bis 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 30 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1b „§ 134 Abs. 2“ durch „§ 134a Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 30 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 6a aufgehoben. Satz 3 lautete: „Sie sind erstmalig zum 31. Dezember 1998 zu beschließen und treten am 1. Januar 1999 in Kraft.“

Artikel 1 Nr. 30 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7a „§ 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und“ durch „§ 126 Absatz 1a Satz 3 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 30 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7d, 7e und 7f eingefügt.

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 „nach § 44a Satz 1 sowie“ nach „einschließlich der Arbeitsunfähigkeit“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 13 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 eingefügt.

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 „und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Nr. 3 „einschließlich der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a“ am Ende eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 6a Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7f Satz 1 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene“ nach „Leistungserbringern“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 „und der nach § 10“ nach „Nr. 2a“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 7f Satz 1 „§ 137 Absatz 3“ durch „den §§ 136b und 136c“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7f Satz 2 „§ 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a“ durch „§ 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 7a „§ 126 Absatz 1a Satz 3“ durch „§ 127 Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.

13.05.2017.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) hat in Abs. 2 Satz 11 „oder durch die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b“ nach „§ 35“ gestrichen.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 51 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 „sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. b litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 6 Satz 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und“.

Artikel 1 Nr. 51 lit. b litt. aa littt. bbb und ccc desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 und 6 eingefügt.

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

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

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,

Artikel 1 Nr. 51 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „Gemeinsamen“ nach „des“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6a Satz 3 „bis zum 30. Juni 2016“ nach „beschließt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 51 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7a „Absatz 6“ durch „Absatz 9“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7e Satz 1 „Antrags- und“ nach „ein“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 51 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7e Satz 4 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 7f Satz 1 „Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind“ durch „Antrags- und Mitberatungsrecht“ und „und 3“ durch „bis 7“ ersetzt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 „sowie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes“ am Ende eingefügt.

Artikel 12 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 und 3 jeweils „zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6“ durch „nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes“ ersetzt.

23.11.2019.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat in Abs. 6a Satz 1 „ ; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 6a Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6a Satz 3 und 4 jeweils „nach Satz 1“ nach „Richtlinien“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 6a Satz 5 und 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6b eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 „und Soziotherapie“ durch „ , Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7g eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 4a eingefügt.

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat in Abs. 1 Satz 1 „von Kindern und Jugendlichen sowie“ nach „der Versorgung“ eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 27a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 6a Satz 2 „bereits frühzeitig“ durch „frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als“ ersetzt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 0e des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Abs. 6c eingefügt.

27.07.2023.—Artikel 2 Nr. 4b des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 197) hat Abs. 4a Satz 5 eingefügt.

4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Die Förderung erfolgt in der Regel in einem zweistufigen Verfahren. In der ersten Stufe wird die Konzeptentwicklung von Vorhaben zur Ausarbeitung qualifizierter Anträge für bis zu sechs Monate gefördert. In der zweiten Stufe wird die Durchführung von in der Regel nicht mehr als 20 dieser Vorhaben mit der jährlich verfügbaren Fördersumme nach Absatz 3 gefördert. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, eingesetzt werden.

(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro und in den Jahren 2020 bis 2024 jeweils 200 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Von der Fördersumme sollen 80 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 20 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden, wobei jeweils höchstens 20 Prozent der jährlich verfügbaren Fördersumme für Vorhaben auf der Grundlage von themenoffenen Förderbekanntmachungen verwendet werden dürfen und mindestens 5 Millionen Euro jährlich für die Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien nach Absatz 2 Satz 4 aufgewendet werden sollen. Mittel, die in den Haushaltsjahren 2016 bis 2019 nicht bewilligt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die Krankenkassen zurückzuführen. Mittel, die in den Haushaltsjahren 2020 bis 2023 nicht bewilligt wurden, und bewilligte Mittel für in den Jahren 2020 bis 2023 beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, werden jeweils in das folgende Haushaltsjahr übertragen. Mittel, die im Haushaltsjahr 2024 nicht bewilligt wurden, sowie bewilligte Mittel, die ab dem Haushaltsjahr 2024 bis zur Beendigung eines Vorhabens nicht zur Auszahlung gelangt sind, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die Krankenkassen zurückzuführen. Die Laufzeit eines Vorhabens nach den Absätzen 1 und 2 kann bis zu vier Jahre betragen, wobei die Konzeptentwicklung im Rahmen der ersten Stufe der Förderung nach Absatz 1 Satz 8 nicht zur Laufzeit des Vorhabens zählt.

(4) Die Mittel nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Inno-

vationsfonds bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die hierfür entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Einen abschließenden Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2022 vor.²⁰¹

201 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.1994.—Artikel 8 § 20 des Gesetzes vom 24. Juni 1994 (BGBl. I S. 1416) hat in Abs. 6 Satz 2, 3 und 5 und Abs. 11 jeweils „Bundesgesundheitsamt“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.1996.—Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1986) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 92a Institut, Arzneimittel in der Krankenversicherung“

(1) Beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird ein Institut ‚Arzneimittel in der Krankenversicherung‘ errichtet. Mitglieder des Instituts sind

1. drei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
2. drei Sachverständige der ärztlichen Praxis und der klinischen Medizin,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik,
4. ein Sachverständiger der Pharmazie,
5. je ein Sachverständiger der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie.

Die Sachverständigen und ihre Stellvertreter werden vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen mit Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen. Kommt die Berufung nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Gesundheit gesetzten Frist zustande, beruft der Bundesminister für Gesundheit die Sachverständigen.

(2) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt durch Erklärung gegenüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten; sie geben gegenüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine entsprechende Erklärung ab.

(3) Der Bundesminister für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder des Instituts, die Geschäftsführung, das Verfahren sowie die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Die Kosten der baren Auslagen und des Zeitaufwands der Mitglieder des Instituts werden je zur Hälfte von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragen.

(4) Das Institut hat eine Geschäftsstelle beim Bundesminister für Gesundheit. An den Sitzungen des Instituts können Vertreter des Bundesministers für Gesundheit und des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen teilnehmen.

(5) Das Institut erstellt zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 34a eine wirkstoffbezogene Vorschlagsliste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die in der Liste bezeichneten Arzneimittel müssen die Voraussetzungen des § 12 Abs. 1 erfüllen. In die Vorschlagsliste werden nicht aufgenommen

1. Arzneimittel, für die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen hinsichtlich des Ausmaßes des zu erzielenden therapeutischen Effektes nicht nachgewiesen oder deren therapeutische Zweckmäßigkeit zweifelhaft ist,
2. Arzneimittel, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können,

3. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden.

(6) Bei Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen. Diese Arzneimittel sind in der Liste nach Absatz 5 gesondert aufzunehmen, soweit sie nach § 25 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes zugelassen oder nach § 36 des Arzneimittelgesetzes von der Zulassung freigestellt sind oder einem nach § 25 Abs. 7 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes bekanntgemachten Ergebnis mit einer positiven Bewertung oder einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte vorgelegten Muster nach Artikel 3 § 7 Abs. 3a Satz 2 Nr. 5 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts entsprechen. Arzneimittel der Homöopathie und Anthroposophie, die nach § 38 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes registriert sind oder nach § 39 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes von der Registrierung freigestellt sind, sind in die Liste nach Absatz 5 aufzunehmen, wenn sie in ihrer stofflichen Zusammensetzung nach § 25 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes zugelassenen Arzneimitteln oder Arzneimitteln entsprechen, die einem nach § 25 Abs. 7 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes bekanntgemachten Ergebnis mit einer positiven Bewertung oder einem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte vorgelegten Muster nach Artikel 3 § 7 Abs. 3a Satz 2 Nr. 5 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts entsprechen. Arzneimittel nach Satz 1, die nach Artikel 3 § 7 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts als zugelassen gelten, sind für eine Übergangszeit in die Liste nach Absatz 5 aufzunehmen. Sie sind aus der Liste herauszunehmen, wenn nach Vorliegen eines Tatbestandes nach Satz 2 oder, bei Arzneimitteln nach Satz 3, nach der Registrierung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgestellt wird, daß sie den in Satz 2 oder 3 aufgestellten Voraussetzungen nicht entsprechen. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, soweit vollständige Indikationsgebiete nach Absatz 5 Satz 3 Nr. 1 oder 3 nicht in die Liste nach Absatz 5 aufgenommen werden.

(7) Das Institut beschließt die Liste nach Absatz 5 mit der Mehrheit seiner Mitglieder. Das Institut soll die Liste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel und Therapieprinzipien berücksichtigen. Soweit es sich um Arzneimittel nach § 49 des Arzneimittelgesetzes handelt, hat das Institut innerhalb von drei Monaten nach der Bekanntmachung der Zulassung des Arzneimittels über dessen Aufnahme in die Liste nach Absatz 5 zu entscheiden. Kommt eine Entscheidung innerhalb dieser Frist nicht zustande, ist das Arzneimittel bis zu einer gegenteiligen Entscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähig, soweit es nicht zu einem Indikationsgebiet gehört, das nach Absatz 5 Satz 3 Nr. 1 oder 3 nicht in die Liste nach Absatz 5 aufgenommen worden ist. Arzneimittel, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse für die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr geeignet sind, sind aus der Liste herauszunehmen. Sachverständigen der medizinischen, pharmakologischen und pharmazeutischen Wissenschaft, der in Absatz 6 genannten besonderen Therapierichtungen sowie den Berufsvertretungen der Ärzte, der Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Unternehmer sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Liste nach Absatz 5 ist erstmalig bis zum 30. Juni 1995 zu beschließen.

(8) Das Institut stellt nach Erlaß der Rechtsverordnung nach § 34a die darin bezeichneten Arzneimittel gegliedert nach Indikationsgebieten, Stoffgruppen und Stoffen sowie Therapierichtungen zusammen. Die Zusammenstellung hat einen Preisvergleich, auch in graphischer Form, auf der Grundlage rechnerischer mittlerer Tagesdosen sowie Angaben zur Höhe der Festbeträge nach § 35 zu enthalten und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen zu ermöglichen. Die Zusammenstellung ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen und den Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen. Sie ist in geeigneten Zeitabständen, mindestens einmal im Vierteljahr, durch Veröffentlichung der Änderungen im Bundesanzeiger zu aktualisieren.

(9) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel verordnen, die nicht nach § 34a ordnungsfähig sind. Hierfür ist ein gesondertes Ordnungsblatt mit maschinenlesbarer Kennzeichnung vorzusehen. Der Arzt hat die Verordnung schriftlich zu begründen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere, insbesondere das Verfahren für die Überprüfung der Verordnungen.

(10) Das Institut unterstützt den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Bereich der Arzneimittelversorgung, insbesondere bei der Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(11) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die pharmazeutischen Unternehmer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorgani-

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

(1) Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der

sationen der pharmazeutischen Unternehmer sowie der Apotheker sind verpflichtet, dem Institut auf Verlangen die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Unterlagen zu übermitteln und notwendige Auskünfte zu erteilen.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste nach Absatz 5 sind unzulässig. Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 8 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten, Stoffgruppen oder Stoffen, die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung ist unzulässig.“

QUELLE

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 4 Satz 1 „Absatz 2 Satz 3“ durch „Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.

01.11.2016.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Satz 5 in Abs. 3 durch die Sätze 5 und 6 ersetzt. Satz 5 lautete: „Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 1 Satz 7 bis 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „sowie zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht,“ nach „Bundesausschusses“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Soweit hierfür bereits im Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. Von der Fördersumme sollen 75 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 25 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Mittel, die im Haushaltsjahr nicht bewilligt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen. Die Laufzeit eines Vorhabens nach den Absätzen 1 und 2 kann bis zu vier Jahre betragen.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Das Bundesministerium für Gesundheit übersendet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung.“

Artikel 1 Nr. 15 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 3 „2021“ durch „2022“ ersetzt.

Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 4 Satz 2 bis 5 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.04.2020.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 4 Satz 4 „Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6“ durch „Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7“ ersetzt.

Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7, Absatz 5 sowie 6 gilt entsprechend.

(2) Der Innovationsausschuss legt nach einem Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 erste Alternative fest. Soweit der Innovationsausschuss bis zum 15. Dezember 2019 keine Schwerpunkte und Kriterien für das Bewilligungsjahr 2020 festgelegt hat, werden diese abweichend von Satz 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2020 festgelegt. Der Innovationsausschuss übernimmt die vom Bundesministerium für Gesundheit nach Satz 2 festgelegten Schwerpunkte und Kriterien unverzüglich in Förderbekanntmachungen. Für die Förderbekanntmachungen für das Bewilligungsjahr 2020 und die entsprechenden Förderverfahren finden § 92a Absatz 1 Satz 7 bis 9 sowie das Konsultationsverfahren nach Satz 1 keine Anwendung. Die Schwerpunkte für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 zweite Alternative legt das Bundesministerium für Gesundheit fest. Dabei kann die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften dem Bundesministerium für Gesundheit Schwerpunkte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen. Jedem Vorschlag ist eine Begründung des jeweiligen Förderbedarfs beizufügen. Der Innovationsausschuss übernimmt die vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten Schwerpunkte in Förderbekanntmachungen und legt in diesen die Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 2 Satz 4 zweite Alternative fest. Der Innovationsausschuss führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen nach den Sätzen 1 bis 8 Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Er beschließt nach Abschluss der geförderten Vorhaben Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Absatz 3. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 4. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 4, das zweistufige Förderverfahren nach § 92a Absatz 1 Satz 7 bis 9, das Konsultationsverfahren nach Satz 1, das Förderverfahren nach Satz 9, die Benennung und Beauftragung von Experten aus dem Expertenpool nach Absatz 6 sowie die Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften nach Absatz 7 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Der Innovationsausschuss beschließt jeweils spätestens drei Monate nach Eingang des jeweiligen Berichts zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach § 92a Absatz 1 Satz 3 von geförderten Vorhaben zu neuen Versorgungsformen eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder wirksamer Teile aus einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung. Er berät innerhalb der in Satz 1 genannten Frist die jeweiligen Ergebnisberichte der geförderten Vorhaben zur Versorgungsforschung nach § 92a Absatz 2 Satz 1 und kann eine Empfehlung zur Überführung von Erkenntnissen in die Regelversorgung beschließen. In den Beschlüssen nach den Sätzen 1 und 2 muss konkretisiert sein, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll, und festgestellt werden, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Wird empfohlen, eine neue Versorgungsform nicht in die Regelversorgung zu überführen, ist dies zu begründen. Die Beschlüsse nach den Sätzen 1 und 2 werden veröffentlicht. Stellt der Innovationsausschuss die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesauss-

schusses fest, hat dieser innerhalb von zwölf Monaten nach dem jeweiligen Beschluss der Empfehlung die Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung zu beschließen.

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

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

1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,
2. Möglichkeit zur Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a,
3. Erlass von Förderbescheiden,
4. administrative und fachliche Beratung von Förderinteressenten, Antragstellern und Zuwendungsempfängern,
5. Unterstützung bei der Ausarbeitung qualifizierter Anträge nach § 92a Absatz 1 Satz 8,
6. administrative Bearbeitung und fachliche Begleitung von Vorhaben, die mit Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden oder gefördert werden sollen,
7. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesamt für Soziale Sicherung,
8. kontinuierliche projektbegleitende Erfolgskontrolle geförderter Vorhaben,
9. Erarbeitung von Entwürfen für Empfehlungen des Innovationsausschusses nach Absatz 3,
10. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel,
11. Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben sowie daraus gewonnener Erkenntnisse und Ergebnisse.

Die Beratung und die Unterstützung der Förderinteressenten, Antragsteller und Zuwendungsempfänger nach Satz 1 Nummer 4 und 5 lösen keine weitergehenden Ansprüche aus.

(6) Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenpool gebildet. Die Mitglieder des Expertenpools sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Sie werden auf Basis eines Vorschlagsverfahrens vom Innovationsausschuss jeweils für einen Zeitraum von zwei Jahren benannt; eine Wiederbenennung ist möglich. Sie sind ehrenamtlich tätig. Die Geschäftsstelle nach Absatz 4 beauftragt die einzelnen Mitglieder des Expertenpools entsprechend ihrer jeweiligen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise mit der Durchführung von Kurzbegutachtungen einzelner Anträge auf Förderung und mit der Abgabe von Empfehlungen zur Förderentscheidung. Für die Wahrnehmung der Aufgaben kann eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden, deren Höhe in der Geschäftsordnung des Innovationsausschusses festgelegt wird. Die Empfehlungen der Mitglieder des Expertenpools sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen. Abweichungen von den Empfehlungen der Mitglieder des Expertenpools sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen. Mitglieder des Expertenpools dürfen für den Zeitraum ihrer Benennung keine Anträge auf Förderung durch den Innovationsfonds stellen und auch nicht an einer Antragstellung beteiligt sein.

(7) Bei der Beratung der Anträge zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 ist die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften durch den Innovationsausschuss zu beteiligen.

(8) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.²⁰²

§ 93 Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in regelmäßigen Zeitabständen die nach § 34 Abs. 1 oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3 ganz oder für bestimmte Indikationsgebiete von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen. Die Übersicht ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen.

(2) Kommt der Gemeinsame Bundesausschuß seiner Pflicht nach Absatz 1 nicht oder nicht in einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Übersicht zusammenstellen und im Bundesanzeiger bekannt machen.²⁰³

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 51a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 „bis zum 1. Januar 2016“ nach „Bundesausschuss“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. b bis e desselben Gesetzes und Artikel 32 Nr. 14 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) haben Abs. 3 und 7 in Abs. 4 und 8 unnummeriert, Abs. 3 eingefügt und Abs. 4 bis 6 durch Abs. 5 bis 7 ersetzt. Abs. 4 bis 6 lauteten:

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

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

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

(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

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

203 ÄNDERUNGEN

§ 94 Wirksamwerden der Richtlinien

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden; bei Beschlüssen nach § 20i Absatz 1 und bei Beschlüssen nach § 35 Absatz 1 innerhalb von vier Wochen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. Kommen die für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erläßt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien.

(2) Die Richtlinien sind im Bundesanzeiger und deren tragende Gründe im Internet bekanntzumachen. Die Bekanntmachung der Richtlinien muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.

(3) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 haben keine aufschiebende Wirkung.²⁰⁴

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Satz 2 „Bundesarbeitsblatt“ durch „Bundesanzeiger“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 50 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 2 eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a und d der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 „vom Bundesminister“ durch „vom Bundesministerium“ und „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. 2 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 72 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt. Artikel 1 Nr. 72 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Gemeinsame“ nach „der“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

204 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 1, 3 und 4 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Bundesarbeitsblatt“ durch „Bundesanzeiger“ ersetzt.

03.08.2001.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1948) hat Satz 4 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Soweit der Bundesausschuß die Gruppen nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 nicht gebildet hat, kann der Bundesminister für Gesundheit nach dem 1. Juli 1989 die Richtlinien erlassen, ohne daß es einer gesonderten Fristsetzung bedarf.“

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. a, d, e und f der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ sowie in Abs. 1 Satz 3 „vom Bundesminister“ durch „vom Bundesministerium“, „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ und „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 Satz 1 und 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 73 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „von den Bundesausschüssen“ durch „vom Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 73 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „der Bundesausschüsse“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

Siebter Titel**Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung****§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat in Abs. 1 Satz 2 „; bei Beschlüssen nach § 35 Abs. 1 innerhalb von vier Wochen“ am Ende eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 63 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „Er“ durch „Es“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „und deren tragende Gründe im Internet“ nach „Bundesanzeiger“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 8 Nr. 6 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 3 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 51b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 35 Abs. 1“ durch „§ 20i Absatz 1 und bei Beschlüssen nach § 35 Absatz 1“ ersetzt.

unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.

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

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

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszent-

rum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 3 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, daß der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.

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

(7) Die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

(8) (weggefallen)

(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört,

keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 5 gilt entsprechend.

(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen, einem halben oder einem drei Viertel Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

(10) (weggefallen)

(11) (weggefallen)

(12) (weggefallen)

(13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muß mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder ein Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.²⁰⁵

205 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 51 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in der Überschrift „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Kassenarzt“ durch „Vertragsarzt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Kassenarzt“ durch „Vertragsarzt“, durch „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ und „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ und „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Kassenarzt“ durch „Vertragsarzt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Kassenarzt“ durch „Vertragsarzt“, „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ und „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Zulassung ist auch zu entziehen, wenn dem Kassenarzt infolge gröblicher Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten die vertragsärztliche Beteiligung entzogen worden ist.“

Artikel 1 Nr. 51 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 8 aufgehoben. Abs. 8 lautete:

„(8) Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen ist zulässig, soweit und solange der Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung an der kassen-

ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 teilnimmt. Einzelheiten der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere das Verfahren der Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung sowie das Verfahren der Ermächtigung, werden in den Verträgen nach § 83 Abs. 3 geregelt. Satz 2 gilt auch für Vereinbarungen zu Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.“

Artikel 1 Nr. 51 lit. j desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

08.09.1993.—Artikel 2 des Gesetzes vom 26. August 1993 (BGBl. II S. 1316) und Artikel 2 des Gesetzes vom 26. August 1993 (BGBl. II S. 1472) haben Abs. 2a eingefügt.

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 51 lit. c litt. bb des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag nach Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit für Kassenärzte sowie einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Kassenzahnärzte.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 9 Satz 2 „und die Richtlinien der Bundesausschüsse“ am Ende eingefügt.

24.06.1998.—Artikel 2 Nr. 11 lit. c des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 10 und 11 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat in Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 „und nach § 95c für Psychotherapeuten“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 4 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 11 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 5 „und 3“ durch „bis 4“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 11a, 11b, 12 und 13 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 74 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenarztsitz).“

Artikel 1 Nr. 74 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 bis 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 3 „für ihn“ nach „sind“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 74 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 5 „Satz 3“ durch „Satz 4“ und im neuen Abs. 7 Satz 6 „Sätze 2 bis 4“ durch „Sätze 3 bis 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 2 „der Bundesausschüsse“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 3 „Absatz 7 gilt“ durch „Absätze 2b und 7 gelten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 jeweils „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 72 lit. d des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 5 „ , oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist“ am Ende eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 1 Satz 2 „Nr. 1“ nach „Satz 3“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c1 desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 3 „Satz 3“ durch „Satz 6“ ersetzt und „länger als sechs Monate“ nach „zweiter Halbsatz“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 7 „mit Vollendung des 68. Lebensjahres;“ durch „am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden; Sätze 8 und 9 gelten entsprechend;“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 8 und 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 9 neu gefasst. Abs. 9 lautete:

„(9) Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen. Das Nähere bestimmen die Zulassungsverordnungen und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Absätze 2b und 7 gelten für den angestellten Arzt entsprechend.“

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

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „ärztlich geleitete“ nach „und ermächtigte“ und in Abs. 4 Satz 1 „ärztliche geleitete“ nach „die ermächtigte“ gestrichen.

01.10.2008.—Artikel 1 Nr. 1i lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat die Sätze 3 bis 9 in Abs. 7 durch die Sätze 3 bis 6 ersetzt. Die Sätze 3 bis 9 lauteten: „Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. War der Vertragsarzt

1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und
2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist.

Satz 4 Nr. 2 gilt für Psychotherapeuten mit der Maßgabe, daß sie vor dem 1. Januar 1999 an der ambulanten Versorgung der Versicherten mitgewirkt haben. Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. Die Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum endet am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden; Sätze 8 und 9 gelten entsprechend; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. Hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, gilt Satz 3 nicht. Die Zulassung endet spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8.“

Artikel 1 Nr. 1i lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 9 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat den bisherigen Satz 6 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 6 lautete: „Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.“

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 31 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „juristischen Person des Privatrechts“ durch „Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 8 „; Absatz 9b gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 2a aufgehoben. Abs. 2a lautete:

„(2a) Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt ist ferner, daß der Antragsteller auf Grund des bis zum 18. Juni 1993 geltenden Rechts darauf vertrauen konnte, zukünftig eine Zulassung zu erhalten. Dies gilt nicht für einen Antrag auf Zulassung in einem Gebiet, für das der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Unterversorgung festgestellt hat.“

Artikel 1 Nr. 31 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch „Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „ , mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes“ nach „Verzichts“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „ , dem Ablauf des Befristungszeitraumes“ nach „Auflösung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 6 in Abs. 7 aufgehoben. Die Sätze 3 bis 6 lauteten: „Für Vertragsärzte, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, findet § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung keine Anwendung, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 Abs. 4 fortgeführt. Die Zulassung endet in diesen Fällen zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend. In den Fällen der Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 31 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 9b eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 41 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „fachübergreifende“ vor „ärztlich“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 41 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.“

Artikel 1 Nr. 41 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „Absatz 3 oder“ durch „Absatz 3,“ ersetzt sowie „oder von Kommunen“ nach „teilnehmen,“ und „oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform“ nach „Haftung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ nach „Bürgerschaftserklärungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. f desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 9 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Absatz 7 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 52 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1a Satz 1 „ , von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3“ nach „Absatz 3“ eingefügt und „ ; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1a Satz 4 „ ; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „entweder“ nach „Gesellschafter“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 9 „oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „zeitlich vollen oder hälftigen“ nach „folgenden“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz,“ nach „Vereinigung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 52 lit. e desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das hälftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.“

Artikel 1 Nr. 52 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „eine hälftige Entziehung“ durch „die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder“ nach „Gründungsvoraussetzung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. f litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 6 „Satz 2“ durch „Satz 4 erster Halbsatz“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „ , wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird,“ nach „endet“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. h desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. i desselben Gesetzes hat in Abs. 9b „Absatz 4“ durch „Absatz 3a“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 5a lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Satz 3 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt.“

Artikel 1 Nr. 5a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 9b „oder halben“ durch „ , einem halben oder einem drei Viertel“ ersetzt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Abs. 10 bis 12 aufgehoben. Abs. 10 bis 12 lauteten:

„(10) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,
2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuß hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.

(11) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuß in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 – BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a –, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 – BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,
2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuß hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, daß die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuß anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuß auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses

§ 95a Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens fünfjährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat. Bis zum 31. Dezember 2008 ist eine dem Satz 1 entsprechende mindestens dreijährige Weiterbildung ausnahmsweise ausreichend, wenn nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften eine begonnene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, für die eine Dauer von mindestens drei Jahren vorgeschrieben war, wegen der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das dem Arzt die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, die Weiterbildung unterbrochen worden ist und nach den landesrechtlichen Vorschriften als mindestens dreijährige Weiterbildung fortgesetzt werden darf. Satz 2 gilt entsprechend, wenn aus den dort genannten Gründen der Kindererziehung die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vor dem 1. Januar 2006 nicht möglich war und ein entsprechender Antrag auf Eintragung in das Arztregister auf der Grundlage einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Weiterbildung bis zum 31. Dezember 2008 gestellt wird.

(3) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens fünfjährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) entsprechen und mit dem Erwerb der

erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.

(11a) Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zusteht und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.

(11b) Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Absatz 10 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. Begann die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.

(12) Der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.“

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 13 Satz 1 „oder ein Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen“ nach „Jugendlichenpsychotherapeut“ eingefügt.

Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

1. mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
2. mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
3. höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, die sich mit Allgemeinmedizin befassen, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(4) Die Voraussetzungen zur Eintragung sind auch erfüllt, wenn der Arzt auf Grund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung des Artikels 30 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) bis zum 31. Dezember 1995 die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ erworben hat.

(5) Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber eines Ausbildungsnachweises über eine inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) entsprechende besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin sind und dieser Ausbildungsnachweis in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, ausgestellt worden ist. Einzutragen sind auch Inhaber von Bescheinigungen über besondere erworbene Rechte von praktischen Ärzten nach Artikel 30 der in Satz 1 genannten Richtlinie, Inhaber eines Ausbildungsnachweises über eine inhaltlich mindestens den Anforderungen nach Artikel 25 dieser Richtlinie entsprechende fachärztliche Weiterbildung oder Inhaber einer Bescheinigung über besondere erworbene Rechte von Fachärzten nach Artikel 27 dieser Richtlinie.²⁰⁶

206 QUELLE

01.01.1994.—Artikel 1 Nr. 52 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2006.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 und 3 Satz 1 jeweils „dreijährigen“ durch „fünfjährigen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

07.12.2007.—Artikel 38 Nr. 1 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) hat in Abs. 3 Satz 1 „der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG)“ durch „nach Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18)“ ersetzt.

Artikel 38 Nr. 1 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 „die sich mit Allgemeinmedizin befassen,“ nach „Gesundheitswesens,“ eingefügt.

Artikel 38 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG)“ durch „des Artikels 30 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18)“ ersetzt.

Artikel 38 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber von in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen sind, die in Ausführung des Artikels 1 der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der

§ 95b Kollektiver Verzicht auf die Zulassung

(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(2) Verzichten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grund zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72a Abs. 1, kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.

(3) Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt. Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig.²⁰⁷

§ 95c Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister

(1) Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes und
2. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung
 - a) für die Behandlung von Erwachsenen in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren,
 - b) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren oder
 - c) in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung, sofern dem Fachgebiet Methoden oder Techniken zugrunde liegen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt worden sind.

Ziel der Weiterbildung ist der Erwerb der in den Weiterbildungsordnungen festgelegten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere psychotherapeutische Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient, orientiert an einer von der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelten Musterweiterbildungsordnung, der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Berufsausübung. Sie wird durch eine erfolgreich abgelegte Prüfung abgeschlossen.

(2) Bei Psychotherapeuten, die ihre Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung erworben haben, setzt die Eintragung in das Arztregister neben der Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020

Allgemeinmedizin (86/457/EWG) ausgestellt worden oder nach Artikel 6 dieser Richtlinie den in Artikel 1 geregelten Nachweisen gleichgestellt sind. Einzutragen sind auch Inhaber von in anderen Mitgliedstaaten ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Facharztes, die nach Artikel 4 der Richtlinie des Rates der EG vom 16. Juni 1975 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes und für die Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr (75/362/EWG) anzuerkennen sind oder wenn sie, sofern sie die Eintragung bis zum 31. Dezember 1994 beantragen, Inhaber von nach Artikel 3 dieser Richtlinie anerkannten, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Arztes sind.“

207 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 53 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

geltenden Fassung oder nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung den Fachkundenachweis voraus. Der Fachkundenachweis setzt voraus:

1. für den nach § 2 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung approbierten Psychotherapeuten, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
2. für den nach § 2 Absatz 2 und 3 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung approbierten Psychotherapeuten, dass die der Approbation zugrunde liegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung approbierten Psychotherapeuten, dass er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.²⁰⁸

§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

(2) Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung

208 QUELLE

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 12 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 75 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Satz 2 Nr. 1 bis 3 jeweils „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 oder 12 des Psychotherapeutengesetzes und
2. den Fachkundenachweis.

Der Fachkundenachweis setzt voraus

1. für den nach § 2 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, daß der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
2. für den nach § 2 Abs. 2 und Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, daß die der Approbation zugrundeliegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, daß er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.“

mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.

(3) Ein Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist; für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert. Ein Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragsarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für ermächtigte Ärzte entsprechend.

(5) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach § 119b. Den Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 für die von ihm angestellten Ärzte führt das medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt; für die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 5 oder nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 von der Einrichtung geführt. Übt ein angestellter Arzt die Beschäftigung länger als drei Monate nicht aus, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag den Fünfjahreszeitraum um die Fehlzeiten zu verlängern. Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das Honorar des medizinischen Versorgungszentrums, des Vertragsarztes oder der Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach § 119b gekürzt wird. Die Honorarkürzung endet auch dann, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nachgewiesen wird, nach Ablauf des Quartals, in dem das Beschäftigungsverhältnis endet. Besteht das Beschäftigungsverhältnis fort und wird nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums für einen angestellten Arzt der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2 erbracht, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Widerruf der Genehmigung der Anstellung stellen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen regeln das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung. Es ist insbesondere festzulegen, in welchen Fällen Vertragsärzte bereits vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums Anspruch auf eine schriftliche oder elektronische Anerkennung abgeleiteter Fortbildung haben. Die Regelungen sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich.²⁰⁹

209 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 76 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 5 Satz 1 „oder eines Vertragsarztes“ durch „, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 119b“ ersetzt.

§ 95e Berufshaftpflichtversicherung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die Mindestversicherungssumme nach Absatz 2 darf nicht unterschritten werden. Die Pflicht nach Satz 1 kann durch eine Versicherung erfüllt werden, die zur Erfüllung einer kraft Landesrechts oder kraft Landesrechts bestehenden Pflicht zur Versicherung abgeschlossen wurde, sofern der Versicherungsschutz den Anforderungen nach den Sätzen 1 und 2 und Absatz 2 entspricht.

(2) Die Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann jeweils mit der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 20. Januar 2022 höhere Mindestversicherungssummen als die in Satz 1 genannte Mindestversicherungssumme vereinbaren.

(3) Der Vertragsarzt hat das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen

1. bei Stellung des Antrags auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie
2. auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss Folgendes unverzüglich anzuzeigen:

1. das Nichtbestehen des Versicherungsverhältnisses,
2. die Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie
3. Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können.

Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Artikel 6 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „ ; für die in einer Einrichtung nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 von der Einrichtung geführt“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „oder des Vertragsarztes“ durch „ , des Vertragsarztes oder der Einrichtung nach § 119b“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 32 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Vertragsärzte, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen sind, haben den Nachweis nach Satz 1 erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu erbringen.“

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ nach „nach“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „§ 105 Absatz 5 oder nach“ vor „§ 119b“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ vor „§ 119b“ eingefügt und „bis 6 und 8“ durch „bis 5 und 7“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „hat das zugelassene medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt“ durch „wird“ und „den Fortbildungsnachweis“ durch „der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2“ ersetzt.

05.04.2017.—Artikel 161 Nr. 2 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) hat in Abs. 6 Satz 3 „oder elektronische“ nach „schriftliche“ eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat in Abs. 2 Satz 1 „Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ durch „Psychotherapeuten“ ersetzt.

(4) Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Vertragsarzt unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes auf. Kommt der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich nach, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes mit sofortiger Wirkung zu beschließen. Satz 2 gilt im Fall der bevorstehenden Beendigung des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes entsprechend, wenn der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses nachkommt. Der Vertragsarzt ist zuvor auf die Folge des Ruhens der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ende des Ruhens der Zulassung wird durch Bescheid des Zulassungsausschusses festgestellt, wenn das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes durch den Vertragsarzt nachgewiesen wurde. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs dieses Bescheides bei dem Vertragsarzt. Endet das Ruhen der Zulassung nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Beschluss nach Satz 2, hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung zu beschließen.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für ermächtigte Ärzte, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht; Absatz 4 gilt hierbei mit der Maßgabe, dass anstelle des Beschlusses des Ruhens der Zulassung die Ermächtigung zu widerrufen ist. Die Absätze 1, 3 und 4 gelten entsprechend für medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten mit der Maßgabe, dass ein den Anforderungen des Absatzes 1 entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss. Absatz 2 gilt für sie mit der Maßgabe, dass die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall beträgt; die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

(6) Die Zulassungsausschüsse fordern die bei ihnen zugelassenen Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Ärzte bis zum 20. Juli 2023 erstmals dazu auf, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen die Leistungserbringer der Aufforderung nicht nach, gilt Absatz 4 Satz 2 bis 7 entsprechend.

(7) Die Zulassungsausschüsse melden der zuständigen Kammer Verstöße gegen die Pflicht nach Absatz 1.²¹⁰

§ 96 Zulassungsausschüsse

(1) Zur Beschlußfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

210 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

(2a) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:

1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 Satz 4,
4. Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 10,
5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
6. Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und
7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits getragen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen den Berufungsausschuß anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.²¹¹

§ 97 Berufungsausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berufungsausschuß für Ärzte und einen Berufungsausschuß für Zahnärzte. Sie können nach Bedarf mehrere Berufungs-

211 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „sowie die Verbände der Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „und den Verbänden der Ersatzkassen“ nach „Landesverbänden der Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „einerseits“ nach „Vereinigungen“ und „und den Verbänden der Ersatzkassen andererseits“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „sowie die Verbände der Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 76a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Unter den Vertretern der Ärzte muß ein außerordentliches Mitglied sein.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 64 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 und 4 Satz 1 jeweils „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 jeweils „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 17 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 4 Satz 1 „ärztlich geleiteten“ nach „Ärzte und“ gestrichen.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 53 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2a eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 5b des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2a Satz 1 Nr. 4 „Satz 9“ durch „Satz 10“ ersetzt.

ausschüsse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einen gemeinsamen Berufungsausschuß für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen errichten.

(2) Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte einerseits und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen andererseits in gleicher Zahl als Beisitzern. Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen. § 96 Abs. 2 Satz 2 bis 5 und 7 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Berufungsausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(4) Der Berufungsausschuß kann die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung im öffentlichen Interesse anordnen.

(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie berufen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen diese nicht bestellen.²¹²

§ 98 Zulassungsverordnungen

(1) Die Zulassungsverordnungen regeln das Nähere über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 99) und die Beschränkung von Zulassungen. Sie werden vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der baren Auslagen und Entschädigung für Zeitaufwand,
2. die Geschäftsführung der Ausschüsse,
3. das Verfahren der Ausschüsse entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit einschließlich der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen der Ausschüsse mittels Videotechnik,

212 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 55 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie die Verbände der Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „einerseits“ nach „Ärzte“ und „sowie der Verbände der Ersatzkassen andererseits“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „sowie den Verbänden der Ersatzkassen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „oder die Landesverbände der Krankenkassen“ durch „, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 65 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 65 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 65 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 65 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

4. die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner sowie über die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,
 5. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in diese Register und Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
 6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister sowie über die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner,
 7. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
 8. die Aufstellung, Abstimmung, Fortentwicklung und Auswertung der für die mittel- und langfristige Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfspläne sowie die hierbei notwendige Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren Unterrichtung und die Beratung in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen,
 9. die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen,
 10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung,
 11. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung,
 12. die Voraussetzungen für das Ruhen, die Entziehung und eine Befristung von Zulassungen,
 13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Vertragsärzte angestellte Ärzte, Assistenten und Vertreter in der vertragsärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten ausüben können,
 - 13a. die Voraussetzungen, unter denen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,
 14. die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen die zuständige deutsche Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt hat, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 50 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft oder des Artikels 37 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im Inland tätig werden,
 15. die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei Verzicht.
- (3) Absatz 2 Nummer 12 gilt nicht für die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.²¹³

213 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 2 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 14 „Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „Inland“ ersetzt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 56 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 8 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Achter Titel

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 9 „Kassenarztsitzen“ durch „Vertragsarztsitzen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 10 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 11 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat Nr. 13 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 13 lautete:

„13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,“.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. ff desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 14 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. gg desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 15 jeweils „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

01.01.1994.—Artikel 104 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512) hat in Abs. 2 Nr. 14 „oder des Artikels 37 Satz 3 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ nach „EWG-Vertrages“ eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 216 Nr. 1 lit. d der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 2 „Bundesminister“ durch „Bundesministerium“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 2 Nr. 4 „und“ durch „unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner sowie über“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 6 „sowie über die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner“ nach „Arztregister“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 10 „sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung“ nach „Tätigkeit“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. d desselben Gesetzes hat Nr. 12 in Abs. 2 aufgehoben. Nr. 12 lautete:

„12. den Ausschluß einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz, soweit die Ermächtigung zur Sicherstellung erforderlich ist, und in Härtefällen,“.

Artikel 1 Nr. 6 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 13 „gemeinsam“ durch „an weiteren Orten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 2 Nr. 13a eingefügt.

07.12.2007.—Artikel 38 Nr. 2 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) hat in Abs. 2 Nr. 14 „nach Artikel 60 des EWG-Vertrages“ durch „im Sinne des Artikels 50 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft“ ersetzt und „Satz 3“ nach „Artikels 37“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 16 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Nr. 11 „ärztlich geleitete“ nach „Fällen“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 17 desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 11 „ärztlich geleiteten“ nach „und ermächtigten“ gestrichen.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 2 Nr. 12 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Nr. 3 „einschließlich der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen der Ausschüsse mittels Videotechnik“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 12 „das Ruhen, die Entziehung und“ nach „für“ eingefügt.

Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung

§ 99 Bedarfsplan

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden und den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(2) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht zustande, kann jeder der Beteiligten den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen anrufen. Dies gilt auch für den Fall, dass kein Einvernehmen darüber besteht, wie einer Beanstandung des Bedarfsplans abzuhelpen ist.

(3) Die Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne nach Absatz 1 und entscheiden im Falle des Absatzes 2.²¹⁴

§ 100 Unterversorgung

(1) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung, daß in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht; die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die Ärzte, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind, sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen. Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulas-

214 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 57 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 77 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „von den Bundesausschüssen“ durch „vom Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 jeweils „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden“ nach „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 bis 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

26.02.2013.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) hat in Abs. 1 Satz 4 „und den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ nach „Landesbehörden“ eingefügt.

sungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

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

(4) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte.²¹⁵

§ 101 Überversorgung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,
- 2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,
- 2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen Ärzte und die Ärzte, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind, berücksichtigt werden, einschließlich Vorgaben zum Inhalt und zum Verfahren der Meldungen der ermächtigten Einrichtungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 12,
3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,
- 3a. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können,
4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 400 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,
5. Regelungen für die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen ange-

215 ÄNDERUNGEN

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

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 67 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige“ nach „die“ gestrichen und „unmittelbar“ durch „in absehbarer Zeit“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 67 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 42 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „; die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen“ am Ende eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 8a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat in Abs. 1 Satz 1 „und die Ärzte, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind,“ nach „teilnehmenden Ärzte“ eingefügt.

ordnet sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leitungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen;

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

Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach Nummer 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung vom 1. Juli 2019 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4. Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen. Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte, die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Erbringen die in Satz 9 genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b. Die Anzahl der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte sowie geeignete Angaben zur Ermittlung des auf den Versorgungsgrad anzurechnenden Leistungsumfangs werden von den ermächtigten Einrichtungen quartalsweise an die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet und in den Bedarfsplänen gemäß § 99 erfasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen einer befristeten Übergangsregelung zur Umsetzung des Auftrags nach Satz 7 bestimmen, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen für einzelne Arztgruppen und Planungsbereiche zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung in verschiedenen Planungsbereichen auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auch bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent anordnen können. Festlegungen nach Satz 8 sind bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nur zu berücksichtigen, sofern die entsprechenden Sitze besetzt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind.

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

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

(3) Im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 erhält der Arzt eine auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung. Die Beschränkung und die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 enden bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 3, spätestens jedoch nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. Endet die Beschränkung, wird der Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet. Im Falle der Praxisfortführung nach § 103 Abs. 4 ist bei der Auswahl der Bewerber die gemeinschaftliche Praxisausübung des in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Arztes erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit zu berücksichtigen. Für die Einrichtungen nach § 400 Abs. 2 Satz 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(3a) Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.

(4) Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten bilden eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 1. Januar 1999 zu ermitteln. Zu zählen sind die zugelassenen Ärzte sowie die Psychotherapeuten, die nach § 95 Abs. 10 in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung zugelassen werden. Dabei sind überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen. In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist. Ab dem 1. Januar 2016 gelten die in Satz 5 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann; zudem können innerhalb des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile vorgesehen werden. Bei der Feststellung der Überversorgung nach § 103 Abs. 1 sind die ermächtigten Psychotherapeuten nach § 95 Abs. 11 in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung mitzurechnen.

(5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden ab dem 1. Januar 2001 mit Ausnahme der Kinder- und Jugendärzte eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2; Absatz 4 bleibt unberührt. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2000 zu treffen. Ein Wechsel für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind.

(6) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2a, 2b, 3, 4, 5 und 6 und die Absätze 3 und 3a gelten nicht für Zahnärzte.²¹⁶

216 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 58 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„In Fällen kassenärztlicher Überversorgung können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse (§ 102) Zulassungsbeschränkungen anordnen.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Satz 1 Nr. 3 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Satz 1 Nr. 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Vertragsärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragsarzt angestellte ganztags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 1 und angestellte halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0,5 anzusetzen.“

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

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 13 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat in Abs. 1 Nr. 4 das Komma durch „; § 85 Abs. 4b Satz 3 und 4 gilt nicht,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 5 „; § 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht“ am Ende eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 41 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 das Komma durch „oder“ ersetzt, Nr. 3 in Abs. 2 Satz 1 aufgehoben und Nr. 4 in Nr. 3 umnummeriert. Nr. 3 lautete:

„3. zur Gewährleistung des Zugangs einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung oder“.

Artikel 1 Nr. 41 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 78 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Bundesausschüsse beschließen“ durch „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt“ ersetzt und in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „und in einem medizinischen Versorgungszentrum“ nach „Satz 1“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 78 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 78 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Die Bundesausschüsse haben“ durch „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 78 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 4 „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. aa littt. aaa des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung“ nach „Fachgebiets“ eingefügt, „Gemeinschaftspraxis“ durch „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt und „und 4“ nach „Satz 3“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. aa littt. ccc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „eines ganztags beschäftigten Arztes oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte“ durch „von Ärzten“ und „; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht“ durch „; und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen“ ersetzt sowie „oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind“ nach „Fachgebiets“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 7 „einer Planungsregion“ durch „einem Planbereich“ ersetzt und „Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte und“ nach „sind“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 68 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „; § 85 Abs. 4b Satz 3 gilt nicht“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 68 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Satz 1“ nach „Absatzes 1“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „Satz 1“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 jeweils „§ 101 Abs. 2“ durch „Absatzes 2“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 68 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 sicherzustellen, daß jeweils mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe vom 40 vom Hundert der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten sowie den Psychotherapeuten vorbehalten ist.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „Versorgungsanteile von 40 vom Hundert“ durch „in Satz 5 bestimmten Versorgungsanteile“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. aa littt. aaa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „Wahrung der Qualität“ durch „Gewährleistung“ und „sind,“ durch „sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 6 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen.“

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „und“ durch ein Komma ersetzt und „und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte“ vor „entsprechend“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 8 und 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Satz 3 und 4“ durch „Satz 4 und 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „; dabei ist insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Bei Anpassungen oder Neufestlegungen ist die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen.“

Artikel 1 Nr. 35 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Nr. 3 bis 5“ durch „Nummer 2a, 2b, 3, 4 und 5“ ersetzt.

13.08.2013.—Artikel 3 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 4 Satz 5 „2013“ durch „2015“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

01.01.2014.—Artikel 3 Nr. 5 lit. c des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) hat in Abs. 4 Satz 7 „die in Satz 5 bestimmten Versorgungsanteile und“ nach „sind“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 3 „ist“ durch „sind“ ersetzt und „sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur“ nach „Entwicklung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Nummer 2a, 2b, 3, 4 und 5“ durch „Nummer 2a, 2b, 3, 4, 5 und 6“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 7 „1. Januar 2017“ durch „1. Juli 2019“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 10 „Satz 7“ durch „Satz 9“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 12 bis 14 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Kinderärzte“ durch „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 5c des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 4 Satz 5 jeweils „allgemeinen“ durch „regional maßgeblichen“ ersetzt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Nr. 2b in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2b lautete:

§ 102²¹⁷

„2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,“.

Artikel 2 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 12 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung“ nach „Abs. 10“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 7 „in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung“ nach „Abs. 11“ eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 „§ 311“ durch „§ 400“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „§ 311“ durch „§ 400“ ersetzt.

217 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 59 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 102 Richtlinien zur Überversorgung

(1) Die Bundesausschüsse beschließen in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kassenärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine kassenärztliche Überversorgung,
3. ergänzende Grundlagen, nach denen die Landesausschüsse eine Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund von Überversorgung im einzelnen zu bewerten haben,
4. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.

(2) Die Verhältniszahlen nach Absatz 1 Nr. 1 sind erstmals nach dem bundeseinheitlichen Versorgungsstand vom 31. Dezember 1980 arztgruppenbezogen im Verhältnis der Zahl der zugelassenen Kassenärzte zur Bevölkerung zu ermitteln. Die Maßstäbe nach Absatz 1 Nr. 2 sind arztgruppenbezogen festzulegen. Sie haben insbesondere das Ausmaß des Überschreitens des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades nach Absatz 1 Nr. 1 zu bestimmen, das die Annahme von Überversorgung rechtfertigt. Überversorgung darf erst angenommen werden, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um wenigstens 50 vom Hundert überschritten ist. Die Maßstäbe für die Überversorgung sind ferner so festzulegen, daß für mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet arztgruppenbezogen eine Überversorgung nicht eintritt. Diese Planungsbereiche müssen in ihrer Gesamtheit annähernd 50 vom Hundert der Bevölkerung umfassen. Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die Maßstäbe sind spätestens alle drei Jahre zu überprüfen und der tatsächlichen Entwicklung anzupassen.

(3) In den ergänzenden Bewertungsgrundlagen nach Absatz 1 Nr. 3 sind einheitliche Verfahren festzulegen, mit deren Hilfe die Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund von Überversorgung mit Angaben zur Altersstruktur der Ärzte, des Patientenaufkommens (Fallzahlen) und des Behandlungsaufwands (Fallwerte) festgestellt werden kann.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 42 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Satz 1 „1999“ durch „2003“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 79 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 3 „Die Bundesausschüsse haben“ durch „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

AUFHEBUNG

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 102 Bedarfszulassung

(1) Ab 1. Januar 2003 erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von