

setzes 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 1.²¹¹

§ 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.

(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:

211 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

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.²¹²

§ 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 Berufungsausschüsse 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

212 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.

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.²¹³

§ 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,
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

213 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.

- 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.²¹⁴

214 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.

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.

Achter Titel
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 er-

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.

lassen den 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 2.²¹⁵

§ 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 Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

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

215 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.

(4) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte.²¹⁶

§ 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 angeordnet sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung 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;

216 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.

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.²¹⁷

217 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 unnummeriert. 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:

„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.

§ 102²¹⁸

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.

218 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 Hausärzten und Fachärzten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Richtlinien Kriterien für die Anwendung der Verhältniszahlen auf ärztliche Zusammenschlüsse zu bearbeiten. Auf der Grundlage dieser Kriterien kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Zulassungen gefördert werden. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Verhältniszahl nach Satz 1 führen würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen, es sei denn, der Bedarfsplan für das jeweilige Versorgungsgebiet sieht ausnahmsweise die Besetzung zusätzlicher Vertrags-

§ 103 Zulassungsbeschränkungen

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

(2) Die Zulassungsbeschränkungen sind räumlich zu begrenzen. Sie können einen oder mehrere Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung umfassen. Sie sind arztgruppenbezogen unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten anzuordnen. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind; in dem Antrag ist die Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten arztgruppenbezogen festzulegen. Die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten sind an das nach Satz 4 bestimmte Teilgebiet gebunden. Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete stellt der Landesausschuss im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbesetzungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zugrunde zu legen. Die zusätzlichen Arztstühle sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.

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

(3a) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. Satz 1 gilt auch bei Verzicht auf die Hälfte oder eines Viertels der Zulassung oder bei Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4, 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass dieser Nachfolger die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung

arztstühle vor, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen nach Absatz 1 erstellen zu lassen.“

festgestellt hat, nach dem 23. Juli 2015 erstmals aufgenommen hat. Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 5 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem 5. März 2015 begründet wurde. Hat der Landesausschuss eine Feststellung nach Absatz 1 Satz 3 getroffen, soll der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Im Fall des Satzes 7 gelten Satz 3 zweiter Halbsatz sowie die Sätze 4 bis 6 entsprechend; Absatz 4 Satz 9 gilt mit der Maßgabe, dass die Nachbesetzung abgelehnt werden soll. Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen. § 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt. Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Absatz 4 Satz 8 bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.

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

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

Die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 sind zu beachten. Ab dem 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt. Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatz-

zes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bezeichneten Personenkreis angehört, kann er die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a Satz 10, 11, 13 und 14 gilt in diesem Fall entsprechend. Hat sich ein Bewerber nach Satz 5 Nummer 7 bereit erklärt, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, kann der Zulassungsausschuss die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen, dass sich der Bewerber zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet.

(4a) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt. Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 oder erst seit dem 1. Januar 2007 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind; dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.

(4b) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt. Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind; dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.

(4c) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 3a, 4 und 5 gelten entsprechend. Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist. Dieser Nach-

rang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war und bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten lag.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen (Registerstelle) führen für jeden Planungsbereich eine Warteliste. In die Warteliste werden auf Antrag die Ärzte, die sich um einen Vertragsarztsitz bewerben und in das Arztregister eingetragen sind, aufgenommen. Bei der Auswahl der Bewerber für die Übernahme einer Vertragsarztpraxis nach Absatz 4 ist die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen.

(6) Endet die Zulassung eines Vertragsarztes, der die Praxis bisher mit einem oder mehreren Vertragsärzten gemeinschaftlich ausgeübt hat, so gelten die Absätze 4 und 5 entsprechend. Die Interessen des oder der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte sind bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen.

(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.

(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht für Zahnärzte.²¹⁹

219 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 60 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Auf Antrag der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, eines Landesverbands der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen stellen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen fest, ob eine Überversorgung vorliegt und ob dadurch eine zweckmäßige und wirtschaftliche kassenärztliche Versorgung gefährdet ist. In diesen Fällen kann der Landesausschuß Zulassungsbeschränkungen anordnen.“

Artikel 1 Nr. 60 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 neu gefasst. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind zu befristen. Sie dürfen die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Sie sind aufzuheben, wenn durch Veränderung der Maßstäbe nach § 102 Abs. 1 Nr. 2 die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen. Dauert nach Ablauf von drei Jahren auch nach Anpassung der Maßstäbe die Überversorgung an, können die Zulassungsbeschränkungen verlängert werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für die Verlängerung.“

(4) Bei Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sind mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungsbereiche für Zulassungen offenzuhalten.“

Artikel 1 Nr. 60 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 43 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 80 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 2 „der Bundesausschüsse“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „grundsätzlich nur“ durch „vorrangig“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 80 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4a eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 4a Satz 4 „oder erst seit dem 1. Januar 2007“ nach „Satz 5“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4b eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 8 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 2a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung,

das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 1 „ , wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ nach „genehmigen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 4a aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 4a Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 1 „ , wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ nach „genehmigen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4b Satz 2 eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 36 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4c eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuscheiden und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4c Satz 2 „Absätze 4“ durch „Absätze 3a, 4“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 44 lit. a litt. aa 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 Überversorgung nicht zu berücksichtigen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 3 „Nummer 5“ durch „Nummer 4, 5“ ersetzt und „oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 4 bis 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 14 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 4 Satz 5 Nr. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 9 „Satz 5 Nummer 5 und 6“ durch „Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6“ und „Satz 5, 6 und 8“ durch „Satz 10, 11, 13 und 14“ ersetzt sowie „auch“ nach „er“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 10 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 55 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 Satz 4 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Einziehung“ durch „Verzicht auf die Hälfte oder eines Viertels der Zulassung oder bei Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 3 „oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ am Ende eingefügt.

§ 104 Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen

(1) Die Zulassungsverordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen, in welchem Umfang und für welche Dauer zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung in solchen Gebieten eines Zulassungsbezirks, in denen eine vertragsärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, Beschränkungen der Zulassungen in hiervon nicht betroffenen Gebieten von Zulassungsbezirken nach vorheriger Ausschöpfung anderer geeigneter Maßnahmen vorzusehen und inwieweit hierbei die Zulassungsausschüsse an die Anordnung der Landesauschüsse gebunden sind und Härtefälle zu berücksichtigen haben.

(2) Die Zulassungsverordnungen bestimmen nach Maßgabe des § 101 auch das Nähere über das Verfahren bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen bei vertragsärztlicher Überversorgung.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Zahnärzte.²²⁰

Artikel 1 Nr. 55 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 Nr. 8 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 4 Satz 5 Nr. 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 9 „in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6“ vor „bezeichneten“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 55 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 10 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 10 lautete: „Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“

Artikel 1 Nr. 55 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4a Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 55 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4b Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 5d lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 4 Satz 2 „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 5d lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5d lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 5 „; dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5d lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4b Satz 5 „; dies gilt nicht, soweit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ am Ende eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 2 Satz 4 „; in dem Antrag ist die Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten arztgruppenbezogen festzulegen“ am Ende eingefügt.

Artikel 4 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 4 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 4“ am Ende eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 9a 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.

220 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 61 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „kassenärztliche“ durch „vertragsärztliche“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 61 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 102“ durch „§ 101“ und „kassenärztlicher“ durch „vertragsärztlicher“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 61 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Zur Vermeidung von unbilligen Härten haben sie Regelungen für Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in Fällen vorzusehen, in denen

1. die Zulassung eines Kassenarztes durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll,
2. ein Arzt sich um die Zulassung mit der Maßgabe bewirbt, seine kassenärztliche Tätigkeit gemeinschaftlich mit einem in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Gebiet zugelassenen Kassenarzt auszuüben, solange die kassenärztliche Tätigkeit gemeinschaftlich ausgeübt wird.“

§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
3. Vergabe von Stipendien,
4. Förderung von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13,
7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen,
8. Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und telemedizinischer Kooperationen der Leistungserbringer.

Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Sätze 2, 3 Nummer 1 bis 4 und 8 sowie die Sätze 4 und 5 gelten in diesem Fall entsprechend. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann in den Jahren 2021 und 2022 aus Mitteln des Strukturfonds eine Förderung von in den Jahren 2019 bis 2021 neu niedergelassenen Praxen vorsehen.

(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

(1c) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedi-

Artikel 1 Nr. 61 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Für die Verträge nach § 83 Abs. 3 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.“

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 2 „über die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad sowie“ nach „Nähere“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 70 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „unmittelbar“ durch „in absehbarer Zeit“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 70 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

zinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden. Für die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 57, 87 und 87e anzuwenden.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

(3) Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes und bis zum letzten Tag des vierten Monats nach deren Ende erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Zum Zweck der Abrechnung der Erstattung nach Satz 1 übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen, aus denen sich die Art und die Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben.

(4) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderungen, die an die berechtigten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Die für den Vertragsarzt oder den Vertragszahnarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach den §§ 83, 85 oder § 87a entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt oder den Vertragszahnarzt jeweils zur Hälfte. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages nach Satz 2 auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

(5) Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.²²¹

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 62 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Förderung der kassenärztlichen Versorgung“.

Artikel 1 Nr. 62 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 62 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 62 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Kassenarzt“ durch „Vertragsarzt“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 81 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 Satz 1 „;“ zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 getroffen hat“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 81 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat in Abs. 1 Satz 1 „und 3“ nach „Abs. 1“ eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 71 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 4 neu gefasst. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „§ 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. Die Höhe der insgesamt in einem Kalenderjahr gezahlten Sicherstellungszuschläge im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung darf den Betrag von 1 vom Hundert der insgesamt an diese Kassenärztliche Vereinigung nach § 83 entrichteten Vergütung nicht überschreiten.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 71 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 2 „oder § 87a“ nach „§ 83“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 71 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2010.—Artikel 1 Nr. 71 lit. c des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und Absatz 4 Satz 1, 2 und 5 gelten nur für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an“ nach „Vertragsarzt“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 37 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. d desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Abweichend von Satz 2 tragen die Krankenkassen in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt in voller Höhe. Satz 3 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

Artikel 1 Nr. 37 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden,“ durch „zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 56 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 „;“ zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 56 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die in den Einrichtungen nach Satz 2 erbrachten ärztlichen Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten.“

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „kann“ durch „hat“ und „0,1 Prozent“ durch „mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent“ ersetzt sowie „zu“ nach „Strukturfonds“ eingefügt.

Neunter Titel
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung²²²

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 2 „Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die“ durch „Die“ ersetzt und „haben“ nach „Ersatzkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1a durch die Sätze 3 bis 5 ersetzt. Satz 3 lautete: „Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden.“

Artikel 1 Nr. 56 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1b bis 1d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt finanziell fördern. In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist eine finanzielle Förderung auch durch den Kauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird.“

Artikel 1 Nr. 56 lit. e desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz, über die Höhe der zu zahlenden Sicherstellungszuschläge je Arzt, über die Dauer der Maßnahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis.“

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

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Abs. 1a Satz 6 und 7 eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 9 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ nach „Krankenkassen“, „oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung“ nach „Vereinigung“ und „oder vertragszahnärztliche“ nach „vertragsärztliche“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „oder vertragszahnärztlichen“ jeweils nach „vertragsärztlichen“ sowie „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „oder den Vertragszahnarzt“ jeweils nach „Vertragsarzt“ und „oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung“ jeweils nach „Vereinigung“ eingefügt sowie „§ 83“ durch „den §§ 83, 85“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ am Ende eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) und Artikel 1 Nr. 2a lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) haben Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung hat nur zu erfolgen, soweit die Maßnahme nicht bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist oder aus finanziellen Mitteln, die aufgrund von Vereinbarungen und Beschlüssen nach diesem Gesetzbuch von den Krankenkassen gezahlt werden, finanziert wird. Eine Erstattung erfolgt auch dann, wenn die Kosten die Ansätze bei Maßnahmen nach Satz 2 übersteigen.“

Artikel 1 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 1a Satz 8 eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1a Satz 3 Nr. 7 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1a Satz 3 Nr. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 7 „und 8“ nach „bis 4“ eingefügt.

24.11.2021.—Artikel 5 Nr. 1a des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) in Verbindung mit Artikel 21 Nr. 3 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) hat in Abs. 3 Satz 1 „und bis zum letzten Tag des vierten Monats nach deren Ende“ nach „Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

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

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

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

(3) Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein. Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung auf Grund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die von Amts wegen durchzuführen ist, muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die auf Grund eines Antrags erfolgen, ist der Antrag für die Prüfung ärztlicher Leistungen spätestens 18 Monate nach Erlass des Honorarbescheides und für die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle nach § 106c einzureichen. Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Satz 4 genannten Frist erfolgen; die Regelung des § 45 Absatz 2 des Ersten Buches findet keine entsprechende Anwendung. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(4) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt wer-

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

den, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.²²³

223 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 63 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten,
2. arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 und
3. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbeziehbaren Stichproben, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen.

Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 1 und 3 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam können über die in Satz 1 Nr. 1 bis 3 vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbeziehbare und versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

(3) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam. Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfungen einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann. Sie haben dabei auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach den §§ 29, 30 und 64 Kosten erstattet. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden.“

Artikel 1 Nr. 63 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „gemeinsame“ nach „Vereinigungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „ , ihres Verbandes“ nach „Krankenkasse“ eingefügt und „Kassenarzt“ durch „Vertragsarzt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 7 aufgehoben. Abs. 7 lautete:

„(7) Für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gelten die Absätze 1 bis 6 entsprechend. An die Stelle der Landesverbände der Krankenkassen treten die Verbände der Ersatzkassen.“

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 7 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Abs. 3a eingefügt.

03.01.1998.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 3 Satz 5 „den §§ 29, 30 und 64“ durch „§ 64“ ersetzt.

01.01.1999.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) hat in Abs. 5 Satz 3 „Kassenärztliche Vereinigung, die“ nach „Die“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 44 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Versorgung“.

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „mindestens“ nach „die“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. bb und cc desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Vertragspartner können vereinbaren, die Stichprobe getrennt nach Arztgruppen zu ziehen. Die Prüfungen nach Durchschnittswerten und die Zufälligkeitsprüfungen umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Eine erneute Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 findet im Regelfall nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 umfassend geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfungen einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann. Der einer Prüfung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Die Vereinbarung für die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 hat einen Vomhundertsatz der Überschreitung vorzusehen, ab dem Prüfungen ohne Antragstellung durchgeführt werden, sowie einen Vomhundertsatz der Überschreitung, ab dem der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten hat, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Vertragspartner haben auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach § 64 Kosten erstattet. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Satz 3“ durch „Satz 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Prüfungsausschuß entscheidet auf Antrag der Krankenkasse, ihres Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigung, ob der Kassenarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkasse oder ihr Verband kann vor Stellung eines Antrags nach Satz 1 den Vertragsarzt mit seiner Zustimmung über die veranlaßten Leistungen, deren Kosten und über wirtschaftliche Alternativen informieren.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 5a umfassend geändert. Abs. 5a lautete:

„(5a) Abweichend von Absatz 5 werden bei einer Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 um mehr als 15 vom Hundert Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ohne Antragstellung durchgeführt; bei einer Überschreitung um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 3 können frühestens ab 1. Januar 1995 Vomhundertsätze vereinbaren, die von den in Satz 1 genannten abweichen.“

31.12.2001.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3773) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 5 und 6 jeweils „Richtgrößen“ durch „Richtgrößenvolumen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5a neu gefasst. Abs. 5a lautete:

„(5a) Abweichend von Absatz 5 werden bei einer Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 um mehr als 15 vom Hundert Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ohne Antragstellung durchgeführt; bei einer Überschreitung um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 3 können frühestens ab 1. Januar 1995 Vomhundertsätze vereinbaren, die von den in Satz 1 genannten abweichen.“

02.01.2002.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. August 2001 (BGBl. I S. 2144) hat Abs. 5 Satz 7 eingefügt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 82 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 „durch Beratungen und Prüfungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung).“

Artikel 1 Nr. 82 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „; der Prüfungsausschuss kann für die Zwecke der Prüfung Gruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen bilden“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 82 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Prüfungen nach Satz 1 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen.“

Artikel 1 Nr. 82 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder“ nach „hinaus“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Die Prüfungen nach Durchschnittswerten sind für den Zeitraum eines Quartals, die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößenvolumen geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt.“

Artikel 1 Nr. 82 lit. c litt. ff desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 7 lautete: „In die Prüfungen sind auch die Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind.“

Artikel 1 Nr. 82 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2a Nr. 3 „der Bundesausschüsse“ durch „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 2b und 2c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 3 umfassend geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. Der einer Prüfung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.“

Artikel 1 Nr. 82 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bilden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.“

Artikel 1 Nr. 82 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 4a bis 4d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. i desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „führt die Prüfungen nach Absatz 2 durch; er“ nach „Prüfungsausschuss“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 82 lit. j desselben Gesetzes hat Abs. 5a umfassend geändert. Abs. 5a lautete:

„(5a) Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert (Prüfungsvolumen) übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Die nach § 84 Abs. 6 zur Bestimmung der Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden. Liegt das Verordnungsvolumen nur geringfügig über dem Prüfungsvolumen und stellt der Prüfungsausschuss die Unwirtschaftlichkeit der Ordnungsweise fest, bestimmt er, welche Beratungen sowie Kontrollmaßnahmen in den zwei darauf folgenden Kalenderjahren zu ergreifen sind. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss darüber hinaus den sich aus der Überschreitung des Prüfungsvolumens ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch

Praxisbesonderheiten begründet ist. Der Prüfungsausschuss kann auf Antrag den Erstattungsanspruch entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Vierten Buches stunden oder erlassen, soweit der Vertragsarzt nachweist, dass die Erstattung ihn wirtschaftlich gefährden würde. Der Prüfungsausschuss soll vor seinen Entscheidungen und Festsetzungen nach Satz 3 und 4 auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die im Fall von Satz 4 eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bestimmen in Vereinbarungen nach Absatz 3 den Wert für die geringfügige Überschreitung des Prüfungsvolumens und das Verfahren der Erstattung des nach Satz 4 festgesetzten Betrages. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4 können Abweichungen von den in Satz 1 und Satz 4 geregelten Vomhundertsätzen vereinbaren. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 1 Nr. 82 lit. k desselben Gesetzes hat Abs. 5b bis 5d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. l desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „§ 83 Abs. 2“ durch „§ 106a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 82 lit. m desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2b Satz 2 und 4 und Abs. 4a Satz 9 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.01.2008.—Artikel 1 Nr. 72 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1a „der in Absatz 4 genannte Prüfungsausschuss“ durch „die in Absatz 4 genannte Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „; sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird; kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppenn Durchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 bis 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2c Satz 1 „Geschäftsstellen“ durch „Prüfungsstellen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2c neu gefasst. Satz 2 lautete: „Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist.“

Artikel 1 Nr. 72 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „der Prüfungsausschuss“ durch „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „einen gemeinsamen Prüfungs-“ durch „eine gemeinsame Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Die Ausschüsse bestehen jeweils“ durch „Der Beschwerdeausschuss besteht“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. f litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „der Ausschüsse“ durch „des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. f litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „jeweiligen“ vor „Vorsitzenden“ gestrichen und „der Ausschüsse“ durch „des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4a neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss werden bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch eine Geschäftsstelle unterstützt.“

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4a Satz 2 „Geschäftsstelle“ durch „Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 4a neu gefasst. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Über die Ausstattung der Geschäftsstelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Inhalte und Abläufe der Tätigkeit der Geschäftsstelle entscheiden der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss gemeinsam. Die innere Organisation ist so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird.“

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 4a aufgehoben. Satz 5 lautete: „Über die nach Satz 2 zu treffende Entscheidung sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen einigen.“

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. ee desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4a Satz 5 „nach Satz 2 und 3“ nach „Einigung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. ff desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4a Satz 6 „Geschäftsstelle“ durch „Prüfungsstelle“ und „legt diese dem Prüfungsausschuss verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vor“ durch „entscheidet gemäß Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. gg desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4a Satz 7 „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstelle“ durch „Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. g litt. hh desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4a Satz 8 „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen“ durch „Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4c Satz 1 „von Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen“ durch „einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. h litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4c aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die nach Absatz 4 oder 4c Satz 1 gebildeten Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde Aufgaben nach Absatz 4a durch eine in dem Bereich eines anderen Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4a errichteten Geschäftsstelle wahrnehmen lassen, wenn dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist; § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 und § 92 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 72 lit. h litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4c Satz 2 „die für den Bereich mehrerer Länder tätigen Ausschüsse oder Stellen nach Absatz 4a“ durch „eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. i desselben Gesetzes hat Abs. 4d aufgehoben. Abs. 4d lautete:

„(4d) Die nach Absatz 4 gebildeten Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde unabhängige Sachverständige oder andere private Dritte mit der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 4a beauftragen, wenn dies wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Absatz 4c Satz 2 zweiter Halbsatz gilt.“

Artikel 1 Nr. 72 lit. j litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Der Prüfungsausschuss“ durch „Die Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. j litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 3 „Prüfungsausschüsse“ durch „Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. j litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. k litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 1 „der Prüfungsausschuss“ durch „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. k litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 3 „den Prüfungsausschuss“ durch „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. k litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 4 „Der Prüfungsausschuss“ durch „Die Prüfungsstelle“ und „seinen“ durch „ihren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. k litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 5a Satz 6 bis 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. l desselben Gesetzes hat in Abs. 5c Satz 1 „Der Prüfungsausschuss“ durch „Die Prüfungsstelle“ ersetzt und „; Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalisierte Beträge abzuziehen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. m litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5d Satz 1 „der Prüfungsausschuss“ durch „die Prüfungsstelle“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. m litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5d Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. n litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Geschäftsstellen nach den Absätzen 4 und 4a“ durch „Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 72 lit. n litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „Prüfungs- und“ durch „Prüfungsstellen und die“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 72 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 4 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 72 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2b Satz 1 „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 14a0 lit. a desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 14a0 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „und den Verbänden der Krankenkassen“ durch „, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen“ ersetzt.

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

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 5a Satz 12 eingefügt.

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) hat Abs. 2 Satz 11 bis 17 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5b neu gefasst. Satz 1 lautete: „In den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ist auch die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35b Abs. 1 beruht.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 5c Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5c Satz 6 und 7 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 38 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 15 „Satz 11“ durch „Satz 12“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 18 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 7 „und 8“ nach „Abs. 6“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 12 „, soweit dabei die Bestimmungen zur Verordnung dieser Arzneimittel nach § 73d berücksichtigt sind“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 38 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5c Satz 7 „Überschreitung des Richtgrößenvolumens“ durch „Festsetzung eines Betrags nach Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5e eingefügt.

26.10.2012.—Artikel 12b Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) hat Abs. 5e Satz 7 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.

(1a) In erforderlichen Fällen berät die in Absatz 4 genannte Prüfungsstelle die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Die Höhe der Stichprobe nach Satz 1 Nr. 2 ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen; sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden,

wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird; kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben. Der einer Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Auffälligkeitsprüfungen nach Satz 1 Nr. 1 sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden; die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands nach Absatz 5a muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung nach Satz 1 Nr. 1. Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge. Insbesondere sollen bei Prüfungen nach Satz 1 auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck die teilnehmenden Ärzte mitzuteilen; die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln diese Daten an die Prüfungsstelle. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend. Dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Satz 12 beauftragen und tragen die Kosten. In diesem Fall wird nach den gleichen Maßstäben wie in der vertragsärztlichen Versorgung geprüft. Das Nähere regelt die Prüfungsstelle. Die Verordnung der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Satz 1.

(2a) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

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

(2b) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2a, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen, erstmalig bis zum 31. Dezember 2004. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

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

(3) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich; die Richtlinien nach Absatz 2b sind Inhalt der Vereinbarungen. In den Vereinbarungen ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2

festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass die Prüfungsstelle auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

(3a) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorliegen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.

(3b) Durch Vereinbarung nach Absatz 3 kann eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge, im jeweiligen Anwendungsgebiet vorgesehen werden. Dafür sind insbesondere für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile und Wirkstoffmengen in den Anwendungsgebieten für Vergleichsgruppen von Ärzten zu bestimmen. Dabei sind Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für die Versorgung und die Verordnungs-kosten in der Arztgruppe von Bedeutung sind. Regelungen nach Satz 2 sind unter Beachtung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2, der Vereinbarungen nach den §§ 84, 130b oder 130c und der Hinweise nach § 73 Absatz 8 Satz 1 zu treffen. Eine Vereinbarung nach Satz 1 ist zu veröffentlichen. Sie löst die Richtgrößenprüfungen nach Absatz 2 ab. In der Vereinbarung nach Satz 1 sind Regelungen über den auszugleichenden Betrag bei Nichteinhaltung der Zielvorgaben zu vereinbaren. Praxisbesonderheiten sind entsprechend Absatz 5a anzuerkennen, sofern in der Vereinbarung nach Satz 1 nichts anderes vorgesehen ist. Liegt eine Vereinbarung nach Satz 1 vor, kann auf den Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 6 verzichtet werden. Die Vertragsparteien vereinbaren Regelungen darüber, wie viele Ärzte zu prüfen sind; Absatz 2 Satz 7 erster Halbsatz gilt entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 gilt in diesem Fall auch nach ihrer Kündigung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung nach Satz 1 oder nach § 84 Absatz 6 fort.

(4) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bilden bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem der in Satz 5 genannten Landesverbände eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 7 im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.

(4a) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem der in Absatz 4 Satz 5 genannten Landesverbände oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. Kommt eine Einigung nach Satz 2 und 3 nicht zu Stande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 7. Die Prüfungsstelle bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet gemäß Absatz 5 Satz 1. Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung

der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

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

(4c) Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(5) Die Prüfungsstelle entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeauschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes). Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung hat keine aufschiebende Wirkung. Abweichend von Satz 3 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt.

(5a) Beratungen nach Absatz 1a bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Die nach § 84 Abs. 6 zur Bestimmung der Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen im Fall von Satz 4 auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die im Fall von Satz 4 eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bestimmen in Vereinbarungen nach Absatz 3 die Maßstäbe zur Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten. Die Prüfungsstelle beschließt unter Beachtung der Vereinbarung nach Absatz 3 die Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Kosten für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in den Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 84 Abs. 6 und 8 vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden; der Arzt ist hierüber zu informieren. Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes, auch

durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen der entsprechenden Fachgruppe. Sie kann diese aus einer Stichprobe nach Absatz 2c Satz 2 ermitteln. Der Prüfungsstelle sind die hierfür erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 der entsprechenden Fachgruppe zu übermitteln. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Vorab anerkannte Praxisbesonderheiten nach Satz 7 sind auch Kosten für im Rahmen von Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 5 verordnete Arzneimittel, insbesondere für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten.

(5b) Gegenstand der Prüfungen nach Absatz 2 ist auch die Einhaltung der Verordnungseinschränkungen und Verordnungsausschlüsse in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Das Nähere ist in Vereinbarungen nach Absatz 3 zu regeln.

(5c) Die Prüfungsstelle setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Absatz 5a fest; Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalierte Beträge abzuziehen. Die Krankenkassen sollen der Prüfungsstelle die pauschalen Abzugsbeträge nach Satz 1 als Summe der Zuzahlungen der Versicherten und der erhaltenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 für die von der Apotheke abgerechneten Arzneimittel arztbezogen übermitteln. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Vergütung zugerechnet werden. Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung sie entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Vierten Buches stunden oder erlassen. Abweichend von Satz 5 können die Krankenkassen ihre Rückforderung stunden oder erlassen; in diesem Fall gilt Satz 3 nicht. Abweichend von Satz 1 setzt die Prüfungsstelle für Ärzte, die erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten, für die Erstattung der Mehrkosten einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25 000 Euro für die ersten beiden Jahre einer Festsetzung eines Betrags nach Satz 1 fest.

(5d) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Absatz 5a Satz 3 nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Ordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist. Eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 kann als individuelle Richtgröße nach Satz 1 vereinbart werden, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind.

(5e) Abweichend von Absatz 5a Satz 3 erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 5a droht. Das Nähere zur Umsetzung der Sätze 1 bis 5 regeln die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4. Dieser Absatz gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen; § 106a gilt entsprechend.

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

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 56a lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 2 „Absatz 1 bis 3“ durch „Absatz 2“ ersetzt.

§ 106a Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung arztbezogen durch die jeweilige Prüfungsstelle nach § 106c geprüft werden. Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.

(2) Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 besteht insbesondere

1. bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
2. bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
3. bei begründetem Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
4. bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder
5. bei begründetem Verdacht, dass Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie unvereinbar mit dem Heil- und Kostenplan sind.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. November 2019 das Nähere zu den Voraussetzungen nach Absatz 2 in Rahmenempfehlungen. Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

(4) Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 1 als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen; dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.²²⁴

Artikel 1 Nr. 56a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 29a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 3 „auf Grund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die von Amts wegen durchzuführen ist,“ nach „Kürzung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 und 5 eingefügt.

224 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

08.11.2006.—Artikel 256 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 6 Satz 2 und 4 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 73 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 73 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat im neuen Abs. 2 Satz 8 „sowie die Ersatzkassen“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 73 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 73 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt und Nr. 4 aufgehoben. Nr. 4 lautete:

„4. der vom Versicherten an den Arzt zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 und der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2.“

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 46 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 1 „Vertragsärzte“ durch „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Vertragsarztes“ durch „Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „durch den Vertragsarzt“ durch „jeweils“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Vertragsärzte“ durch „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 „Vertragsärzte“ durch „Ärzte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „nach § 106“ durch „ärztlicher Leistungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 46 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „erstmalig bis zum 30. Juni 2004“ nach „vereinbaren“ gestrichen und „einschließlich des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks“ nach „Absätzen 2 und 3“ eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat § 106a in § 106d umnummeriert.

QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 57 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

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

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

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

§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.

(1a) Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe in den Impfsaisons 2020/2021 bis 2022/2023 gilt eine Überschreitung der Menge von bis zu 30 Prozent gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen nicht als unwirtschaftlich. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.

(1b) Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, ist die erneute Verordnung des Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.

(1c) Die Verordnung eines Arzneimittels, das zum Zeitpunkt der Verordnung auf der nach § 129 Absatz 2b Satz 1 erstellten Liste geführt wird, gilt als nicht unwirtschaftlich.

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Festzulegen ist auch ein Verfahren, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen. Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Ordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können darüber hinaus weitere anzuerkennende besondere Ordnungsbedarfe vereinbaren. Kommt eine

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

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

(5) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 1 sowie nach Absatz 4 Satz 3 und nach § 275 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b, § 275 Absatz 1a und 1b, dass ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“

Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2015 nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsamt gemäß § 89.

(2a) Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart.

(3) Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das zuständige Schiedsamt gemäß § 89 festgesetzt. Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in den §§ 84, 106, 296 und 297 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:

1. Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a;
2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge;
3. Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7;
4. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11 Satz 1.

(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.²²⁵

§ 106c Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer

225 QUELLE

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 47 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 58 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „Schiedsamt nach § 89 Absatz 4“ durch „zuständige Schiedsamt gemäß § 89“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 7 lautete: „Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 1 Nr. 58 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „zuständige“ nach „das“ eingefügt und „nach“ durch „gemäß“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 1 Nr. 58 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Nr. 2 den Punkt durch ein Semikolon ersetzt und Abs. 4 Nr. 3 und 4 eingefügt.

16.08.2019.—Artikel 12 Nr. 7 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202, ber. 2020 S. 318) hat Abs. 1b eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 1a Satz 2 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1a Satz 2 „der Impfsaison 2020/2021“ durch „den Impfsaisons 2020/2021 und 2021/2022“ ersetzt.

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1a Satz 2 „und 2021/2022“ bis „2022/2023“ ersetzt.

16.12.2023.—Artikel 8d Nr. 1 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat Abs. 1c eingefügt.

beträgt zwei Jahre. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Vertragspartner nach Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragspartnern nach Satz 1 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.

(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 gerecht wird. Kommt eine Einigung nach den Sätzen 2 und 3 nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5. Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.

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

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(5) Die Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.²²⁶

226 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

§ 106d Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität, auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3 sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bei den Prüfungen ist von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 5 genannten Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.

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

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

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

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

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4. In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach Absatz 2 Satz 3 sowie

ÄNDERUNGEN

26.11.2019.—Artikel 123 Nr. 17 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 4 „§ 78a des Zehnten Buches“ durch „den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679“ ersetzt.

des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 folgen, müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 einschließlich der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(7) § 106 Absatz 4 gilt entsprechend.²²⁷

Dritter Abschnitt Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, pflegfachlich unter ständiger pflegfachlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, pflegfachliche und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohe Behinderung oder

227 UMNUMMERIERUNG

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat § 106a in § 106d umnummeriert.

ÄNDERUNGEN

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 59 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 1 „ , auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3“ nach „Plausibilität“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und“ nach „einschließlich“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 7 „Abs. 4b“ durch „Absatz 4“ ersetzt.

Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.²²⁸

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser),
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, oder
4. Bundeswehrkrankenhäuser, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung im Einvernehmen mit der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden; bis zu dieser Bestimmung gelten die Bundeswehrkrankenhäuser als dazu bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren.²²⁹

228 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 4 Nr. 8 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) hat Buchstabe b in Abs. 2 Nr. 1 neu gefasst. Buchstabe b lautete:

„b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (Rehabilitation),“.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 23 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b „einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten“ durch „eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ ersetzt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 1c des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Abs. 1 Nr. 2 „pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen,“ nach „stehen,“ und „ , pflegefachliche“ nach „diagnostische“ eingefügt.

229 ÄNDERUNGEN

01.01.2007.—Artikel 20 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat Nr. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes,“.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 1d des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Nr. 2 „oder“ am Ende gestrichen, in Nr. 3 den Punkt durch „ , oder“ ersetzt und Nr. 4 eingefügt.

§ 108a Krankenhausgesellschaften

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluß von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören.²³⁰

§ 109 Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und bei den Bundeswehrkrankenhäusern die in § 108 Nummer 4 genannte Bestimmung als Abschluss des Versorgungsvertrages. Dieser ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.

(2) Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 für die jeweilige in dem Versorgungsvertrag zu vereinbarende Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien sowie der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.

(3) Ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet,
2. an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, oder
3. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

Abschluß und Ablehnung des Versorgungsvertrags werden mit der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden wirksam. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

(3a) Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung von Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss eines Versorgungsvertrags gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann

230 QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 39 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist, für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe vereinbart werden soll, nicht innerhalb der jeweiligen in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen; in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. Wenn der jeweilige Krankenhausstandort zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden; in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.

(4) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen.

(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend. Die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus.

(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde. In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.²³¹

231 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat in Abs. 1 Satz 3 „Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs“ durch „Inland“ ersetzt.

§ 110 Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur

1. aus den in § 109 Absatz 3 Satz 1 genannten Gründen oder
2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, dass das Krankenhaus den Nachweis über die in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung dieser Qualitätskri-

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 64 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Abs. 1 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 64 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „; der Grundsatz der Selbstkostendeckung nach § 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt“ am Ende gestrichen.

30.04.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 4 Satz 3 „ , des Krankenhausentgeltgesetzes“ nach „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 20 Nr. 2 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrags.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 74 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 74 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 2 „bedarfsgerechten,“ durch „qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „oder“ durch ein Komma ersetzt und Nr. 2 in Nr. 3 unnummeriert und Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 8a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Abs. 6 eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Abs. 1 Satz 2 „Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2“ durch „Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt und „und bei den Bundeswehrkrankenhäusern die in § 108 Nummer 4 genannte Bestimmung“ nach „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „der Erfüllung der in der Tabellenzeile ‚Auswahlkriterium‘ der Anlage 1 für die jeweilige in dem Versorgungsvertrag zu vereinbarende Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien sowie“ nach „Berücksichtigung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

- „2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, höchstens drei Jahre in Folge Qualitätsabschlägen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder“.

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

Artikel 1 Nr. 2 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 5 und 6 eingefügt.

terien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde.

Die Kündigung hat zu erfolgen, wenn der in Satz 1 Nummer 2 oder § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen. Satz 2 ist nicht anzuwenden,

1. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 6 befristet abgeschlossen wurde und die Frist noch nicht abgelaufen ist,
2. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 7 unbefristet abgeschlossen wurde und der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist oder
3. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien sechs Monate nicht überschreiten wird.

Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu verbinden, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist. Kommt ein Beschluss über die Kündigung eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen nicht zustande, entscheidet eine unabhängige Schiedsperson über die Kündigung, wenn dies von Kassenarten beantragt wird, die mindestens ein Drittel der landesweiten Anzahl der Versicherten auf sich vereinigen. Einigen sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die Landesverbände der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend der landesweiten Anzahl ihrer Versicherten. Klagen gegen die Entscheidung der Schiedsperson über die Kündigung richten sich gegen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, nicht gegen die Schiedsperson.

(2) Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände wird mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Diese hat ihre Entscheidung zu begründen. Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist und die zuständige Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich oder elektronisch dargelegt hat. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die zuständige Landesbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung der Kündigung widersprochen hat. Die Landesbehörde hat einen Widerspruch spätestens innerhalb von drei weiteren Monaten schriftlich oder elektronisch zu begründen. Mit Wirksamwerden der Kündigung gilt ein Plankrankenhaus insoweit nicht mehr als zugelassenes Krankenhaus.²³²

232 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 65 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Satz 4 in Abs. 2 durch die Sätze 4 bis 6 ersetzt. Satz 4 lautete: „Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung versagt werden, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Landesrecht bedarfsgerecht ist.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 75 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 6 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 bis 9 eingefügt.

§ 110a Qualitätsverträge

(1) Die Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen schließen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge). Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu befristen; eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig, bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 8 Satz 3 vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte. In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist. Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrags besteht nicht. Die Vertragsparteien nach Satz 1 sind befugt und verpflichtet, dem Institut nach § 137a die für die Untersuchung nach § 136b Absatz 8 Satz 1 und die Veröffentlichung nach § 136b Absatz 8 Satz 5 erforderlichen vertragsbezogenen Daten zu den Qualitätsverträgen zu übermitteln.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 ab dem Jahr 2021 innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die weiteren neuen Leistungen oder Leistungsbereiche nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 die erforderlichen Anpassungen der bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge. Die Rahmenvorgaben, insbesondere für die Qualitätsanforderungen, sind nur soweit zu vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit den Inhalt der Rahmenvorgaben fest.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge sollen insgesamt im Jahr 2022 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro umfassen; der Betrag ist in den Folgejahren von 2023 bis einschließlich 2028 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben den Betrag nach Satz 1, so hat die Krankenkasse erstmals für das Jahr 2023 die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung von Qualitätsverträgen in der Regel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen. Bei der Berechnung des Ausga-

Artikel 6 Nr. 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände erfolgt im Benehmen mit den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen.“

Artikel 6 Nr. 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 1 „Sie“ durch „Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 9 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 3 „und die zuständige Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich dargelegt hat“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 9 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

05.04.2017.—Artikel 161 Nr. 3 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) hat in Abs. 2 Satz 3 und 5 jeweils „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen.“

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Satz 1 Nummer 2 oder“ nach „in“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

bevolumens einer Krankenkasse nach den Sätzen 1 und 2 sind pro Qualitätsvertrag eine angemessene Pauschale für die Vertragsvorbereitungen sowie sämtliche Ausgaben der Krankenkasse zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsschluss zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft auf Grundlage der jährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für jedes Jahr, erstmals für das Jahr 2023, ob die Ausgaben der Krankenkassen den Betrag nach Satz 1 erreichen. Unterschreiten die Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 1, berechnet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Höhe des nach Satz 2 zu zahlenden Betrages und macht diesen Betrag durch Bescheid geltend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann abweichend von Satz 2 ausnahmsweise mit einer Krankenkasse, die einen oder mehrere Qualitätsverträge mit Vereinbarungen über erfolgsabhängige Zahlungen nachweist, einen längeren Abrechnungszeitraum von bis zu drei Jahren vereinbaren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zum Verfahren für eine solche Verlängerung des Abrechnungszeitraums und legt angemessene Pauschalen nach Satz 3 für die Vertragsvorbereitung fest, die den unterschiedlichen Aufwand der Krankenkassen insbesondere für Erarbeitung und Verhandlung der Vertragsinhalte berücksichtigen. Die Regelungen nach Satz 7 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Oktober 2021 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Zustimmung vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt dem Bundesamt für Soziale Sicherung jährlich zum 31. Dezember eine Aufstellung der in diesem Jahr rechtskräftig festgestellten Beträge.²³³

§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

233 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 10 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge).“

Artikel 1 Nr. 31 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „; eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig, bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 8 Satz 3 vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „bis spätestens zum 31. Juli 2018 die“ durch „ab dem Jahr 2021 innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die weiteren neuen Leistungen oder Leistungsbereiche nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 die erforderlichen Anpassungen der bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 3 Satz 2 „erstmalig für das Jahr 2023“ nach „Krankenkasse“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „2022“ durch „2023“ ersetzt.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Absatz 5 Satz 6 und 7 gilt entsprechend.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach Absatz 1,
2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie bis zum 31. Dezember 2022 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 5 Satz 5 und
3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4.

Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 bleiben unberührt. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 2 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den Rahmenempfehlungsinhalt fest.²³⁴

234 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 66 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „bedarfsgerechte,“ nach „eine“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 66 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist das Benehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags herzustellen.“

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 24 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 und 2 Satz 1 und 2 jeweils „Leistungen zur medizinischen“ vor „Rehabilitation“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 76 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 1 und 3 jeweils „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 76 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 76 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat Abs. 5 Satz 2 und 3 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 14 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 „; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht“ am Ende eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Abs. 2 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 bis 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 2b lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

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

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 31a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 4 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 31a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31a lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 „sowie bis zum 15. Juli 2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 5 Satz 5“ nach „Strukturen“ eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat in Abs. 5 Satz 6 „31. Dezember 2021“ durch „19. März 2022“ ersetzt.

19.03.2022.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) hat in Abs. 5 Satz 6 „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ nach „kann“ eingefügt und „bis zum 19. März“ durch „längstens bis zum Ablauf des 23. September“ ersetzt.

24.09.2022.—Artikel 2 Nr. 1d lit. a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 1d lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 5 durch Satz 5 ersetzt. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in Satz 5 genannte Frist längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022 verlängern.“

Artikel 2 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 7 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie bis zum 15. Juli 2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 5 Satz 5 und“.

§ 111a Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Leistungen zur Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24) oder Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41) nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. § 111 Absatz 2, 4 Satz 1 und 2, Absatz 5 und 7 sowie § 111b gelten entsprechend.

(2) Bei Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen, die vor dem 1. August 2002 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 1. Januar 2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025.²³⁵

§ 111b Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

01.01.2024.—Artikel 6 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 „pflegende Angehörige“ durch „Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Satz 7 und 8“ durch „Satz 6 und 7“ ersetzt.

235 QUELLE

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 45 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Satz 2 Nr. 6 „ , soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137d betroffen ist“ am Ende eingefügt.

01.01.2001.—Artikel 1 Nr. 45 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Nr. 4 in Satz 2 aufgehoben. Nr. 4 lautete:

„4. aus medizinischen Gründen notwendige Abweichungen von der gesetzlichen Regeldauer von
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,“.

01.07.2001.—Artikel 5 Nr. 25 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Satz 1 „medizinische Rehabilitationsleistungen“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

UMNUMMERIERUNG

01.08.2002.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2874) hat § 111a in § 111b umnummeriert.

QUELLE

01.08.2002.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 77 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 2 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 111 Abs. 2, 4 Satz 1 und 2 und Abs. 5 sowie § 111b gelten entsprechend.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 31b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 1. Mai 2021 eine gemeinsame Schiedsstelle, die in Angelegenheiten nach § 111 Absatz 7, § 111a Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 111 Absatz 7 sowie nach § 111c Absatz 5 entscheidet. Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Rahmenempfehlungspartner nach § 111 Absatz 7 Satz 1 oder § 111c Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Die jeweiligen Rahmenempfehlungspartner sollen sich über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und von deren Stellvertretern durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.²³⁶

236 UMNUMMERIERUNG

01.08.2002.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2874) hat § 111a in § 111b umnummeriert.

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 78 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 111b Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sollen unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 gemeinsam Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistungen sowie ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgeben; für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. In den Empfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,

§ 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen,

1. für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht und
2. die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig sind. Soweit es für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne dass für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

Absatz 3 Satz 7 und 8 gilt entsprechend.

(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Mit dem Versorgungsvertrag wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Für Verein-

-
2. ein Katalog von Indikationen,
 3. die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten,
 4. (weggefallen)
 5. Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern,
 6. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse, soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137d betroffen ist,
 7. Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
 8. Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens.

Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zu der Regelung nach Satz 2 Nr. 5 auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen.“

QUELLE

04.08.2011.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 1 Satz 1 „stationären“ nach „Interessen der“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1“ nach „Satz 1“ eingefügt.

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

barungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(4) Bei Einrichtungen, die vor dem 1. Januar 2012 ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 in Rahmenempfehlungen

1. das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nach § 40 Absatz 1,
2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie bis zum 31. Dezember 2022 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 und
3. die Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 3 Satz 4.

Vereinbarungen nach § 137d Absatz 1 bleiben unberührt. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Versorgungsverträgen nach Absatz 1 und den Vergütungsverträgen nach Absatz 3 zugrunde zu legen. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den Rahmenempfehlungsinhalt fest.²³⁷

237 QUELLE

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

29.10.2020.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Abs. 3 Satz 2 bis 4 eingefügt.

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

01.01.2021.—Artikel 1 Nr. 2c lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2c lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 und 6 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 31c lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31c lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31c lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 „sowie bis zum 15. Juli 2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5“ nach „Strukturen“ eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat in Abs. 3 Satz 6 „31. Dezember 2021“ durch „19. März 2022“ ersetzt.

19.03.2022.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) hat in Abs. 3 Satz 6 „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ nach „kann“ eingefügt und „bis zum 19. März“ durch „längstens bis zum Ablauf des 23. September“ ersetzt.

§ 111d Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Einnahmeausfällen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2, Verordnungsermächtigung

(1) Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 oder nach § 111a Absatz 1 erhalten für die Ausfälle der Einnahmen, die zwischen dem 16. März und dem 30. September 2020 sowie seit dem 18. November 2020 dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen sowie die Zahl der nach § 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes behandelten oder nach § 149 des Elften Buches oder § 39c zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen melden den sich für sie jeweils aus der Berechnung nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder an eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse, die alle von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Land gemeldeten Beträge summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 31. Januar 2021 durchzuführen.

(3) Die tagesbezogene Pauschale beträgt 60 Prozent des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Absatz 5. Die tagesbezogene Pauschale für ab dem 18. November 2020 gemeldete Beträge beträgt 50 Prozent des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung nach § 111 Absatz 5.

(4) Die Länder oder die benannten Krankenkassen übermitteln die für ihre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufsummierten Beträge nach Absatz 2 Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land oder die benannte Krankenkasse beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem 28. März 2020 Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Beträge sowie der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der Abschlagszahlungen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren bis zum 10. April 2020 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich stationär behandelten oder aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Er-

24.09.2022.—Artikel 2 Nr. 1e lit. a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 1e lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 3 durch Satz 5 ersetzt. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in Satz 5 genannte Frist längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022 verlängern.“

Artikel 2 Nr. 1e lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 5 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen sowie bis zum 15. Juli 2021 Grundsätze für Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 und“.

mittlung und Meldung nach Absatz 2 sowie der Ermittlung des mit Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes nach Absatz 3.

(6) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erstatten dem Land oder der benannten Krankenkasse die nach dieser Vorschrift erhaltenen Ausgleichszahlungen, soweit sie vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen beanspruchen können. Das Land oder die benannte Krankenkasse leiten die Zahlungen an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter.

(7) Nach Abschluss der Zahlungen nach Absatz 4 Satz 2 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln die Länder oder die benannten Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum Ende des darauffolgenden Kalendermonats eine einrichtungsbezogene Aufstellung der ausgezahlten und zurückerstatteten Finanzmittel.

(8) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich die Höhe des jeweils nach Absatz 4 Satz 2 ab dem 18. November 2020 an die Länder oder die benannte Krankenkasse überwiesenen Betrags mit. Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt dem Bundesministerium der Finanzen wöchentlich die Mitteilungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung nach Satz 1. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung gemäß Satz 1.

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats die in Absatz 2 Satz 4 genannte Frist um bis zu neun Monate verlängern.²³⁸

§ 112 Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbooks entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
 - a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
 - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege,
6. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1.

238 QUELLE

28.03.2020.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

19.11.2020.—Artikel 4 Nr. 1a lit. a des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) hat in Abs. 1 „oder nach § 111a Absatz 1“ nach „Absatz 2“ eingefügt und „seit dem 16. März 2020“ durch „zwischen dem 16. März und dem 30. September 2020 sowie seit dem 18. November 2020“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 1a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „30. September 2020“ durch „31. Januar 2021“ ersetzt.

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

Artikel 4 Nr. 1a lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 8 neu gefasst. Abs. 8 lautete:

„(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Absatz 2 Satz 4 genannte Frist um bis zu sechs Monate verlängern.“

Artikel 4 Nr. 1a lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 9 eingefügt.

Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.²³⁹

§ 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

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

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

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

(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach §§ 106 bis 106b und 106d und § 135b geltenden Regelungen geprüft. Die Wirt-

239 ÄNDERUNGEN

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 67 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können“ am Ende eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 79 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 79 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nr. 7 in Abs. 2 Satz 1 aufgehoben. Nr. 7 lautete:

„7. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.“

schaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Absatz 1a wird durch die Prüfungsstellen nach § 106c entsprechend §§ 106 bis 106b gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.²⁴⁰

§ 114 Landesschiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben.

(2) Die Landesschiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Landeskrankenhausesellschaft bestellt. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 89 Absatz 6 Satz 3 bestellt. Soweit beteiligte Organisationen keine Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 3 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer beteiligten Organisation die Vertreter und benennt die Kandidaten; die Amtsdauer der Mitglieder der Schiedsstelle beträgt in diesem Fall ein Jahr.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfah-

240 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 68 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zustande, wird dieser auf Antrag von der Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 1 bestimmt. Der Prüfer ist bei Durchführung seines Auftrags an Weisungen nicht gebunden.“

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung“.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 84 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 83 Abs. 2“ durch „§ 106a“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 80 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 106a, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136 geltenden Regelungen geprüft.“

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 11 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 136“ durch „§ 135b“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 4 Satz 1 „§ 106 Absatz 2 und 3, § 106a“ durch „§§ 106 bis 106b und 106d“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „§ 106 Absatz 4“ durch „§ 106c“ und „§ 106 Absatz 2 und 3“ durch „§§ 106 bis 106b“ ersetzt.

ren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.²⁴¹

Vierter Abschnitt Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten²⁴²

§ 115 Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes; darüber hinaus können auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden,
4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch; in den Verträgen können von § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden,
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
6. ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a.

Sie sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a.

(4) Kommt eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 bis zum 31. Dezember 1990 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt. Eine Regelung nach den Absätzen 1 bis 3 ist zulässig, solange und soweit die Landesregierung eine Rechtsverordnung nicht erlassen hat.

241 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 81 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. 81 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 60 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 4 „Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los“ durch „Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 60 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3)“ nach „Schiedsstelle“ gestrichen.

242 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in der Überschrift des Abschnitts „Kassenärzten“ durch „Vertragsärzten“ ersetzt.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.²⁴³

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben

243 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 70 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in der Überschrift „Kassenärzten“ durch „Vertragsärzten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 70 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 und 3 jeweils „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ und in Abs. 1 „Kassenärzten“ durch „Vertragsärzten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 70 lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 4 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch,“.

Artikel 1 Nr. 70 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „bis zum 31. Dezember 1989“ nach „Absatz 1“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 70 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 82 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 82 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 50 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und 5 jeweils den Punkt durch ein Komma ersetzt.

Artikel 1 Nr. 50 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 11a lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „ ; darüber hinaus können auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 11a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 61 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt. Diese wird hierzu um Vertreter der Vertragsärzte in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist (erweiterte Schiedsstelle). Die Vertreter der Vertragsärzte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Das Nähere wird durch die Rechtsverordnung nach § 114 Abs. 5 bestimmt. Für die Kündigung der Verträge sowie die vertragliche Ablösung der von der erweiterten Schiedsstelle festgesetzten Verträge gilt § 112 Abs. 4 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 61 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a aufgehoben. Abs. 3a lautete:

„(3a) Kommt eine vertragliche Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 30. Juni 2016 nicht zustande, wird ihr Inhalt innerhalb von sechs Wochen durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgelegt. Absatz 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.“

Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.²⁴⁴

244 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 3 Satz 5 „Abs. 1“ nach „§ 18a“ eingefügt.

01.12.1997.—§ 22 des Gesetzes vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung unverzüglich zu unterrichten.“

01.08.2007.—Artikel 6 Abs. 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I S. 1574) hat in Abs. 2 Satz 2 und 4 jeweils „Abs. 1“ nach „§ 9“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 83 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 83 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 41a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 2 und 3 eingefügt.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinba-

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat in Abs. 2 Satz 2 und 4 jeweils „Abs. 1“ durch „Absatz 2“ ersetzt.

rungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.²⁴⁵

245 QUELLE

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 42 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 47 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 und die Richtlinien nach § 135 Abs. 3 zu berücksichtigen.“

Artikel 1 Nr. 47 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und stationersetzenden Eingriffe“ nach „Operationen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 47 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 31. März 1993 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt.“

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 84 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.

Artikel 1 Nr. 84 lit. a desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.“

Artikel 1 Nr. 84 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2, die Vereinbarungen nach § 137 Abs. 1 und die Richtlinien nach § 136a und § 136b Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen, sowie Vergütungsabschläge für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu bestimmen, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.“

01.07.2008.—Artikel 2 Nr. 14a lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 14a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 jeweils „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 41b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 1 Satz 3 „§ 137“ durch „den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 12 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben und Abs. 5 in Abs. 4 unnummeriert. Abs. 4 lautete:

„(4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Verei-

§ 115c Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung

(1) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschlage unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlag anzugeben. Abweichungen in den Fällen der Sätze 1 und 2 sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.

(2) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne

nigung und den Zulassungsausschuß (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.“

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 62 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 1 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 und 8 eingefügt.

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

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und stationersetzenden Eingriffe“ durch „, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Wird“ durch „Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat in Abs. 1 Satz 1 „30. Juni 2021“ durch „31. Januar 2022“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 11 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag“ durch „leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 11 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1a aufgehoben. Satz 3 lautete: „Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest.“

eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.²⁴⁶

§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhaus-träger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.²⁴⁷

§ 115e Tagesstationäre Behandlung

246 QUELLE
23.02.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.05.2006.—Artikel 1 Nr. 6a lit. b des Gesetzes vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 984) hat Abs. 2 eingefügt.

247 QUELLE
01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat die Vorschrift eingefügt.

(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.

(2) Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen. Eine Verordnung der in Satz 1 zweiter Halbsatz genannten Krankenfahrten kann durch das Krankenhaus erfolgen.

(3) Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig. Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 27. Juni 2023. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 28. Januar 2023 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind

ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.²⁴⁸

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.

Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. Die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Institut auf dessen Anforderung innerhalb von zwei Wochen die zum Zeitpunkt der Anforderung für das letzte Abrechnungsjahr, für das die Fallzahlen und Vergütungen vollständig vorliegen, verfügbaren Fallzahlen und Vergütungen unter Angabe der Sachkosten der nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von ihnen vergüteten Leistungen sowie die Höhe der nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag vergüteten Sachkosten bezogen auf die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgewählten Leistungen, aufgeschlüsselt nach den Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels. Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten. In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird. Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.

(1a) Spätestens in der bis zum 30. Juni 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

(2) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erfor-

248 QUELLE

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

16.05.2023.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. I Nr. 123) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

derlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind. Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden.

(3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.

(4) Kommt eine Beauftragung nach Absatz 1 Satz 7, Absatz 1a Satz 3, Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. Zur Vorbereitung der Festsetzungen nach Satz 2 sind das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit zu gleichen Teilen zu tragen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. kann an Verhandlungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und Sitzungen des Bewertungsausschusses in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 beratend teilnehmen. Setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht fest, ist das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, diesen festzulegen. Zur Vorbereitung einer Festlegung nach Satz 5 sind die einzelnen in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach

§ 87 Absatz 5a Satz 1, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit der Institute zu gleichen Teilen zu tragen.

(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Ein entsprechender Evaluationsbericht der Institute ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.²⁴⁹

249 QUELLE

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

16.12.2023.—Artikel 8e Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 2 Satz 2 „2025“ durch „2024“ ersetzt.

Artikel 8e Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 8e Nr. 2 desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „bis zum 31. März 2023“ nach „vereinbaren“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „mit Übernachtung“ nach „stationär“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b litt. aa littt. ccc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „ausschließlich“ nach „Vergütung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 6 in Abs. 1 durch die Sätze 6 bis 9 ersetzt. Satz 6 lautete: „Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.“

Artikel 1 Nr. 3a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 durch Abs. 1a und 2 ersetzt. Abs. 2 lautete:

„(2) Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad zu berücksichtigen. Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2024. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 2 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind; für die Auswahl dieser Leistungen gilt Satz 1 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 3a lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 und 3 jeweils „Rechtsverordnung nach Absatz 4“ durch „Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 und 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 5 neu gefasst. Abs. 4 und 5 lauteten:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Gegenstand der Rechtsverordnung nach Satz 1 können auch Leistungen sein, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind.“

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,
3. die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten stationären Leistungen und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten stationären Leistungen,
4. Übergangspflege nach § 39e,
5. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben die jeweiligen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen zu erfüllen. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten stationären Leistungen können auch belegärztlich erbracht werden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 2 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vereinbarte stationäre Leistungen und in Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 sowie in Absatz 2 genannte Leistungen können auch von Standorten von Krankenhäusern erbracht werden, die keine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung sind.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals am 1. April 2024, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 3 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss oder der ersten Festlegung, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2029, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.²⁵⁰

§ 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Absatz 1 Satz 3 oder 4 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.²⁵¹

§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

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

250 QUELLE

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat die Vorschrift eingefügt.

251 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 42 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Satz 1 „Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können“ durch „Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen,“ und „Krankenhausärzten“ durch „jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 2 „Krankenhausärzten“ durch „Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Satz 1 „Satz 3“ durch „Absatz 1 Satz 3 oder 4“ ersetzt.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie Krankenhäuser, soweit ihre Standorte in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind, auf deren Antrag zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn

1. im Zeitpunkt der Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und
2. in einem Zeitraum von neun Monaten ab Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden.

Der Zulassungsausschuss informiert die zuständige Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich über den Antrag einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder eines Krankenhauses, dessen Standort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, auf Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung ist zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Zulassungsbeschränkung anordnet.²⁵²

§ 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

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

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei
 - a) onkologischen Erkrankungen,
 - b) rheumatologischen Erkrankungen,
 - c) HIV/AIDS,
 - d) Herzinsuffizienz
(NYHA Stadium 3 – 4),

252 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 85 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 43 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat „nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3“ vor „festgestellt“ eingefügt und „Deckung der Unterversorgung“ durch „Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 51 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat „kann“ durch „muss“ ersetzt und „eingetretene“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

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

- e) Multiple Sklerose,
 - f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
 - g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
 - h) Folgeschäden bei Frühgeborenen oder
 - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
- bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die ambulante spezialärztliche Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
 - a) Tuberkulose,
 - b) Mukoviszidose,
 - c) Hämophilie,
 - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
 - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
 - f) biliäre Zirrhose,
 - g) primär sklerosierende Cholangitis,
 - h) Morbus Wilson,
 - i) Transsexualismus,
 - j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
 - k) Marfan-Syndrom,
 - l) pulmonale Hypertonie,
 - m) Kurzdarmsyndrom oder
 - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie
 3. hochspezialisierte Leistungen wie
 - a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
 - b) Brachytherapie.

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

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Nach Satz 4 berechtigte Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an

der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 7 genannten Stellen zu melden. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. Die Sätze 4, 5 und 8 gelten entsprechend.

(3) Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3. Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit ent-

sprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses, der für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a oder Buchstabe b getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit.

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

(6) Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder

beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(7) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

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

(9) Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztli-

chen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.²⁵³

253 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 85 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 85 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern diese Leistungen und diese Behandlung in dem Katalog nach Absatz 3 enthalten sind. In den Verträgen ist das Nähere über die Durchführung der Versorgung, insbesondere der Nachweis der Einhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, zu regeln.“

Artikel 1 Nr. 85 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Zur ambulanten Behandlung folgender hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Krankenhäusern Verträge geschlossen werden“ durch „Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 85 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „als Mindestanforderungen die Anforderungen nach § 135“ durch „die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 85 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 4 geändert. Satz 4 lautete: „In den Richtlinien sind ferner die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln; als Mindestanforderungen gelten die Anforderungen nach § 135 entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 85 lit. e litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „auf Grund eines Vertrages“ nach „Die“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 85 lit. e litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 3 bis 8 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 85 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen“ durch „oder ihre Landesverbände“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 15 desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 6 „Verbände der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 9a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 44 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 116b Ambulante Behandlung im Krankenhaus

(1) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

(2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

(3) Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:

1. hochspezialisierte Leistungen
 - CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
 - Brachytherapie,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
 - spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
 - Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
 - Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden.

Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat erstmals bis zum 31. März 2004 den Katalog nach Absatz 3 zu ergänzen um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen, die die Kriterien nach Satz 2 erfüllen. Voraussetzung für die Aufnahme in den Katalog ist, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind, wobei bei der Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit die Besonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis zu berücksichtigen sind. Die Richtlinien haben außerdem Regelungen dazu zu treffen, ob und in welchen Fällen die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt voraussetzt. In den Richtlinien sind zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln; als Mindestanforderungen gelten die Anforderungen nach § 135 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinien spätestens alle zwei Jahre daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den in den Sätzen 2 bis 4 genannten Kriterien entsprechen sowie zu prüfen, ob neue hochspezialisierte Leistungen, neue seltene Erkrankungen und neue Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach Absatz 3 aufgenommen werden müssen.

(5) Die nach Absatz 2 von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm nach den Absätzen 3 und 4 ambulant erbringbaren Leistungen mit und bezeichnet die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 87). Die Vergütung der in den Jahren 2007 und 2008 erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt in den einzelnen Quartalen nach Maßgabe des durchschnittlichen Punktwertes, der sich aus den letzten vorliegenden Quartalsabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ergibt. Der Punktwert nach Satz 4 wird aus den im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung geltenden kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwerten je Quartal, jeweils gewichtet mit den auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen abgerechneten Punktzahlvolumina, berechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen regelmäßig acht Wochen nach Quartalsbeginn, erstmals bis zum 31. Mai 2007, den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 4 gemeinsam und einheitlich fest. Erfolgt die Feststellung des durchschnittlichen Punktwertes bis zu diesem Zeitpunkt nicht, stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde den Punktwert fest. Ab dem 1. Januar 2009 werden die ambulanten Leis-

tungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 6) vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen.

(6) Die ambulante Behandlung nach Absatz 2 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags im Rahmen der Zulassung erforderlich sind; § 73 Abs. 2 Nr. 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Abs. 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Die Krankenhäuser haben dabei ein Kennzeichen nach § 293 zu verwenden, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Abs. 4 entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist.“

01.08.2012.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Buchstabe n in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 neu gefasst. Buchstabe n lautet:

„n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation sowie“.

09.04.2013.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) hat Abs. 6 Satz 16 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 52 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „schwere Verlaufsformen von“ nach „folgende“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 1 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei

- a) onkologischen Erkrankungen,
- b) HIV/AIDS,
- c) rheumatologischen Erkrankungen,
- d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
- e) Multipler Sklerose,
- f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
- g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
- h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
- i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;“.

Artikel 1 Nr. 52 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 8 „Satz 6“ durch „Satz 7“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 10 „und 7“ durch „und 8“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 7 „ ; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „schweren Verlaufsformen von“ nach „Bei“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 8 „schweren Verlaufsformen von“ nach „Behandlung von“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 9 „bei schweren Verlaufsformen“ nach „Versorgung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 10 „schweren Verlaufsformen onkologischer“ durch „onkologischen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. d litt. ff desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 12 und 13 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 52 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „schweren Verlaufsformen von“ nach „weitere“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „vertragsärztliche“ vor „Leistungserbringer“ gestrichen.

§ 117 Hochschulambulanzen

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

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

ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen

1. an Psychologischen Universitätsinstituten und
2. an Universitätsinstituten, an denen das für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeut notwendige Studium absolviert werden kann,

Artikel 1 Nr. 52 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 16 in Abs. 6 aufgehoben. Satz 16 lautete: „Leistungserbringer dürfen unter den Voraussetzungen des § 295 Absatz 5 auch eine andere Stelle mit der Abrechnung der Leistungen nach Satz 1 beauftragen.“

Artikel 1 Nr. 52 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 8 Satz 1 „bis zu deren Aufhebung durch das Land“ nach „gelten“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 52 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben.“

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 12a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 6 Satz 8 „; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent zu kürzen“ am Ende gestrichen.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 11 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 7 Satz 7 „entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d“ nach „Prüfungsstellen“ gestrichen.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 63 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 7 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 7 lautete: „Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 7a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 6 Satz 10 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

26.05.2020.—Artikel 16a Abs. 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) hat in Abs. 4 Satz 2 „Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information“ durch „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ ersetzt.

im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen.

Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(3) Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 28 des Psychotherapeutengesetzes sind zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, ermächtigt, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen.

(3a) Die folgenden Ambulanzen im Sinne des Absatzes 3 bedürfen abweichend von Absatz 3 einer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss:

1. Ambulanzen, die vor dem 26. September 2019 nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung staatlich anerkannt wurden, aber noch keine Behandlungsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht haben, weil das von ihnen angewandte psychotherapeutische Behandlungsverfahren noch nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt war, oder
2. Ambulanzen, die nach dem 26. September 2019 nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung staatlich anerkannt werden.

Eine Ermächtigung ist auf Antrag zu erteilen,

1. soweit sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung der Versicherten, insbesondere in neuen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Psychotherapieverfahren, sicherzustellen, und
2. sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen.

(3b) Ambulanzen an Einrichtungen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeuten oder Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, zu ermächtigen,

1. soweit die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung der Versicherten sicherzustellen, und
2. sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen.

Die Ermächtigung ist ohne Bedarfsprüfung zu erteilen, wenn die jeweilige Ambulanz bereits nach Absatz 3 oder Absatz 3a zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt war.

(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden auszuzahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Aus- oder Weiterbildungsteilnehmern zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszuzahlenden Vergütungsanteils, erstmalig bis zum 31. Juli 2021, mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mitgeteilten Angaben zu veröffentlichen.

(4) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen nach den Absätzen 1 und 2 sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. § 137c Absatz 3 gilt entsprechend.²⁵⁴

254 ÄNDERUNGEN

01.01.1999.—Artikel 2 Nr. 14 lit. b des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Polikliniken“.

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

„(1) Der Zulassungsausschuß (§ 96) ist verpflichtet, die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Trägern der Hochschulkliniken.“

Artikel 1 Nr. 3a lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch „der Hochschulambulanzen“ ersetzt und „der Ambulanzen“ nach „Umfangs und“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „poliklinischer Institutsambulanzen“ durch „der Hochschulambulanzen“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 86 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 2 Satz 1 „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 86 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Abs. 2 bis 4“ nach „§ 120“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 86 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 3 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 53 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Der Zulassungsausschuss (§ 96) ist verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken.“

Artikel 1 Nr. 53 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen“ durch „sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Im Rahmen der Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sind Fallzahlbegrenzungen vorzusehen.“

Artikel 1 Nr. 53 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 12b lit. a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 3 Satz 2 „Satz 1, 2 und 5“ durch „Satz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 12b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Satz 3 und 4“ durch „Satz 2 und 3“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 4 eingefügt.

§ 117a Bundeswehrambulanzen

Bundeswehrkrankenhäuser sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten in dem für die Aufgabenwahrnehmung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr erforderlichen Umfang ermächtigt.²⁵⁵

§ 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen. Ermächtigungen nach Satz 1 sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zeitnah, spätestens innerhalb von sechs Monaten, zu überprüfen und dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch eine Teilnahme

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 64 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 5 bis 8 in Abs. 1 durch Satz 5 ersetzt. Die Sätze 5 bis 8 lauteten: „Kommt eine Einigung bis zum 23. Januar 2016 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Soweit und solange kein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen ist, können die Hochschulen oder Hochschulkliniken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Festlegungen nach den Sätzen 3 und 4 vereinbaren.“

23.11.2019.—Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. bb des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Für die Vergütung gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 1 entsprechend.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a bis 3c eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „§ 6“ durch „§ 28“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 31d des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 3c neu gefasst. Abs. 3c lautete:

„(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll und
2. ein Anteil an der Vergütung zu vereinbaren ist, mit dem die von den Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmern geleistete Krankenbehandlung angemessen abgegolten wird; der zu vereinbarende Anteil beträgt mindestens 40 Prozent der Vergütung.

Die Ambulanzen sind verpflichtet, den Anteil nach Satz 1 Nummer 2 jeweils an die Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmer weiterzuleiten und dies den Krankenkassen nachzuweisen. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 entsprechend.“

255 QUELLE

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 5a des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat die Vorschrift eingefügt.

an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird. Satz 4 gilt auch für Ermächtigungen nach Absatz 4.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Wird der Vertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend. Der Vertrag nach Satz 2 ist spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b zu überprüfen und an die Regelungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.

(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend. In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,

1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,
2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie
3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.

Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch Ärzte mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erfolgen.

(4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen.²⁵⁶

256 ÄNDERUNGEN

01.01.2000.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind von dem Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen können von dem Zulassungsausschuß zur Durchführung von Leistungen nach Satz 1 ermächtigt werden; die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht sichergestellt ist.

(2) Die Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Institutsambulanzen angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, daß die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 87 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 2 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

§ 118a Geriatrische Institutsambulanzen

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

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

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

Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.²⁵⁷

01.01.2013.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 3 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 53a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 65 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Sätze 3 bis 5 in Abs. 2 durch Satz 3 ersetzt. Die Sätze 3 bis 5 lauteten: „Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 32 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

257 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 4 Nr. 3a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 53b lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte“ nach „Abteilungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder“ nach „die Ermächtigung“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie

§ 118b Pädiatrische Institutsambulanzen

Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,
2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Kommt die Vereinbarung bis zum 1. Juni 2025 nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.²⁵⁸

§ 119 Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.²⁵⁹

§ 119a Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. In dem Zulassungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.²⁶⁰

der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einfacher Stimmenmehrheit entscheidet; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.“

258 QUELLE

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 5b des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat die Vorschrift eingefügt.

259 ÄNDERUNGEN

01.01.1992.—Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) hat Abs. 2 aufgehoben und Abs. 3 in Abs. 2 unnummeriert. Abs. 2 lautete:

„(2) Die sozialpädiatrische Behandlung umfaßt die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auch psychologische Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.“

260 QUELLE

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.

(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.

(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.

(3) Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den Bewertungsausschuss nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu tref-

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 86a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

fenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.²⁶¹

§ 119c Medizinische Behandlungszentren

(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbe-

261 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 6 Nr. 10 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 44a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 3 durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen.“

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Satz 2 „anzustreben“ durch „zu vermitteln“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 1 „2015“ durch „2016“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 54 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“

08.12.2015.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 1 Satz 1 „können“ durch „sollen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „bis spätestens 30. September 2013“ nach „vereinbaren“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

01.01.2019.—Artikel 7 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 „sollen“ durch „haben“ ersetzt und „zu“ nach „Leistungserbringern“ eingefügt.

Artikel 7 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „innerhalb von drei Monaten“ nach „Satz 1“ eingefügt.

Artikel 7 Nr. 9 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 8 eingefügt.

Artikel 7 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 7 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 und 2 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 2a Satz 3 „Telematikinfrastruktur nach § 291a“ durch „Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

hinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.²⁶²

§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten, ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 75 Absatz 1b Satz 2, § 76 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 1a, § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 sowie nach § 87 Absatz 2a Satz 14 erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. Die Vergütung der von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenhausträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

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

(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Kran-

262 QUELLE

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 55 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

kenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen. Als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 2 ist eine Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen durch die Einrichtungen nach Satz 1 festzulegen. Abweichend von den Sätzen 2 und 3 hat die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen.

(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die sozialpädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart. Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum 23. Januar 2016 bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.

(3a) Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 vereinbart. Eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität ist nicht vorzunehmen. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 87 Absatz 1 Satz 2 bis zum 23. Januar 2016; § 115 Absatz 3 gilt entsprechend. Die in § 112 Absatz 1 genannten Vertragspartner treffen eine Vereinbarung über eine pauschale Vergütung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs mit den Krankenkassen im Rahmen der Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a; § 112 Absatz 5 gilt entsprechend.

(3b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2023 eine Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet. Die nach § 136c Absatz 4 beschlossenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Dabei ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,
2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
4. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt,

5. zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 und
6. zu Übergangsfristen für die Umsetzung der Richtlinie, soweit diese für eine rechtzeitige Integration der Richtlinie in die organisatorischen Abläufe der Krankenhäuser erforderlich sind.

Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus setzt ab dem Inkrafttreten der Richtlinie nach Satz 1 voraus, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach Satz 1 ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde oder zu diesem Zeitpunkt keine Notdienstpraxis in oder an dem jeweiligen Krankenhaus gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 in unmittelbarer Nähe geöffnet ist. Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt bis zum Beginn des übernächsten auf das Inkrafttreten der Richtlinie nach Satz 1 folgenden Quartals die sich aus der Richtlinie nach Satz 1 ergebenden notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen. Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a hat die Entwicklung der Leistungen in Notaufnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2026 zu berichten; § 87 Absatz 3a gilt entsprechend.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Satz 1 oder nach Absatz 2 Satz 2 oder eine Berücksichtigung der Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest; im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3a Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest.

(5) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch einen Vorteilsausgleich umfaßt, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Absätze 1 bis 4 nicht berührt.²⁶³

263 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 73 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 1 Satz 1 „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ und „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

01.07.1994.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 13. Juni 1994 (BGBl. I S. 1229) hat Abs. 3 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 43 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat in Abs. 4 „Abs. 1“ nach „§ 18a“ eingefügt.

01.01.2003.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , Polikliniken und sonstiger“ durch „und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muß die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen und der Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Polikliniken“ durch „Hochschulambulanzen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „ , bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre“ nach „Hundert“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „die Hochschulambulanzen,“ nach „wird für“ eingefügt und „Polikliniken und“ vor „sonstigen“ gestrichen.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 87 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 3 Satz 4 „Abs. 1“ nach „§ 83“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 88 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 2 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „und ermächtiger ärztlich geleiteter Einrichtungen“ durch „, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten und ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden,“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 1a eingefügt.

18.06.2009.—Artikel 15 Nr. 6a lit. c des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 6 eingefügt.

23.07.2009.—Artikel 15 Nr. 6a lit. a litt. bb des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1a Satz 4 „Satz 1“ durch „§ 301 Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 6a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „Absatz 2 Satz 2“ durch „§ 301 Absatz 3“ ersetzt.

01.01.2010.—Artikel 15 Nr. 6a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 1a Satz 3 „Abs. 1“ durch „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

Artikel 15 Nr. 6a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Abs. 1“ durch „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

01.07.2010.—Artikel 15a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) hat Abs. 6 aufgehoben. Abs. 6 lautete:

„(6) Das Krankenhaus darf eine andere Stelle mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung von im Notfall erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen; § 291a bleibt unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist anzuwenden; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. Gehört der Auftragnehmer nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen, gilt diese Vorschrift für ihn entsprechend; er hat die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a des Zehnten Buches zu treffen.“

01.01.2011.—Artikel 1 Nr. 10a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) hat Satz 5 in Abs. 1a neu gefasst. Satz 5 lautete: „Soweit für das Jahr 2009 für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2009 sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2009 und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern.“

Artikel 1 Nr. 10a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 6 in Abs. 1a aufgehoben. Satz 6 lautete: „Bei Krankenhäusern nach § 4 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes ist das Erlösbudget in der Höhe zu vermindern, in der nach der bereits durchgeführten Angleichung an den Landesbasisfallwert noch Erlösanteile für diese ambulanten Leistungen enthalten sind.“

Artikel 1 Nr. 10a lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1a Satz 7 „Jahr 2009“ durch „jeweilige Jahr erstmalig“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „nach Absatz 1a Satz 1 oder“ nach „Vereinbarung“ und „,“ im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten“ am Ende eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 1 Nr. 44b des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 6 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Die Gesamtvergütungen nach § 85 für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die für Leistungen der Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren.“

30.10.2012.—Artikel 3 Nr. 17 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 1 und 4 jeweils „Satz 3 zweiter Halbsatz“ durch „Absatz 1 Satz 4“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat in Abs. 1a Satz 5 „sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils“ nach „dieses Jahr“ gestrichen.

23.07.2015.—Artikel 1 Nr. 56 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 1 „Ärzten und“ durch „Ärzten,“ ersetzt und „und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden,“ nach „werden,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „und der sozialpädiatrischen Zentren“ durch „, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „der Hochschulambulanzen,“ nach „Leistungsfähigkeit“ eingefügt und „und der sozialpädiatrischen Zentren“ durch „, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen.“

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ nach „an“ und „von höchstens 5 Prozent“ nach „Investitionskostenabschlag“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „, falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 56 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „, der medizinischen Behandlungszentren“ nach „Zentren“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „und sozial-pädiatrischen Zentren“ durch „, die sozial-pädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 56 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat in Abs. 2 Satz 4 „Satz 5“ durch „Satz 4“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Bei Hochschulambulanzen an nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag von höchstens 5 Prozent zu berücksichtigen.“

Artikel 6 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert zu kürzen.“

Artikel 6 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 2 „Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine“ nach „Eine“ gestrichen und „sind“ durch „ist“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 13 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Satz 5“ durch „Satz 4“ ersetzt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 6b lit. a litt. aa des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat in Abs. 2 Satz 2 „; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6b lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „Vereinbarungen“ durch „Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „oder eine Berücksichtigung der Grundsätze nach Absatz 2 Satz 4“ nach „Satz 2“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 67 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3a Satz 1 „und 6“ nach „Satz 5“ eingefügt.

19.12.2019.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie nach § 87 Absatz 2a Satz 13“ nach „Absatz 1a“ eingefügt.

§ 121 Belegärztliche Leistungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 115 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der

23.05.2020.—Artikel 4 Nr. 11a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

01.09.2020.—Artikel 2 Nr. 10a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

10.06.2021.—Artikel 3 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1444) hat in Abs. 1 Satz 1 „Satz 13“ durch „Satz 14“ ersetzt.

Artikel 3 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 7 „Satz 26“ durch „Satz 27“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 76 Absatz 1a“ durch „§ 75 Absatz 1b Satz 2, § 76 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 1a, § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 7 lautete: „Die Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen soll der Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 27 ergibt.“

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

12.11.2022.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) hat in Abs. 2 Satz 7 „soll“ durch „hat“ ersetzt und „zu“ nach „Euro-Gebührenordnung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 1 „20. Juli 2022“ durch „30. Juni 2023 eine Richtlinie, die“ ersetzt und „ , beinhaltet“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. bb litt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 3 Nr. 4 „und“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. bb litt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 3 Nr. 5 „Satz 2“ durch „Satz 3“ und den Punkt durch „und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. bb litt. ccc desselben Gesetzes hat Abs. 3b Satz 3 Nr. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 4 „des Beschlusses“ durch „der Richtlinie“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3b neu gefasst. Satz 5 lautete: „Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Satz 1 über die sich daraus ergebende erforderliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen.“

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 6 „des Beschlusses“ durch „der Richtlinie“ und „2025“ durch „2026“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b litt. ff desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 7 „2025“ durch „2026“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 6 Nr. 7a lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3b Satz 3 Nr. 5 „oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1“ nach „Satz 3“ gestrichen.

Artikel 6 Nr. 7a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 4 „oder zu diesem Zeitpunkt keine Notdienstpraxis in oder an dem jeweiligen Krankenhaus gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 in unmittelbarer Nähe geöffnet ist“ am Ende eingefügt.

26.03.2024.—Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. I Nr. 101) hat Satz 6 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Die Vereinbarungen nach Satz 2 über die Vergütung von Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren sind, auf Grund der besonderen Situation dieser Einrichtungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie, bis zum 20. Juni 2020 vorübergehend anzupassen.“

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 5c des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat in Abs. 1a Satz 1 „ , die auf Überweisung erfolgt,“ nach „Jugendlichen“ gestrichen.

hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
2. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

(4) Der Bewertungsausschuss hat in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.

(5) Abweichend von den Vergütungsregelungen in Absatz 2 bis 4 können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen.

(6) Für belegärztliche Leistungen gelten die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136 bis 136b zur Qualitätssicherung im Krankenhaus bis zum Inkrafttreten vergleichbarer Regelungen für die vertragsärztliche oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung.²⁶⁴

§ 121a Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) nur erbringen lassen durch

1. Vertragsärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte,
4. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder
5. zugelassene Krankenhäuser,

denen die zuständige Behörde eine Genehmigung nach Absatz 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Satz 1 gilt bei Inseminationen nur dann, wenn sie nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht.

(2) Die Genehmigung darf den im Absatz 1 Satz 1 genannten Ärzten oder Einrichtungen nur erteilt werden, wenn sie

264 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 74 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat in Abs. 2 „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „kassenärztlichen“ durch „vertragsärztlichen“ ersetzt.

02.02.2007.—Artikel 1 Nr. 88a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 4 eingefügt.

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 13a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) hat Abs. 6 eingefügt.

12.12.2024.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 6 aufgehoben. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die in der stationären Qualitätssicherung für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 und 2 sowie bei der qualitätsabhängigen Vergütung eines Krankenhauses nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes berücksichtigt. Die Folgen, die diese Berücksichtigung im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem Belegarzt haben soll, werden zwischen diesen vertraglich vereinbart.“

1. über die für die Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und
2. die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) bieten.

(3) Ein Anspruch auf Genehmigung besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Ärzten oder Einrichtungen, die sich um die Genehmigung bewerben, entscheidet die zuständige Behörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Bewerber nach pflichtgemäßem Ermessen, welche Ärzte oder welche Einrichtungen den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§27a Abs. 1) am besten gerecht werden.

(4) Die zur Erteilung der Genehmigung zuständigen Behörden bestimmt die nach Landesrecht zuständige Stelle, mangels einer solchen Bestimmung die Landesregierung; diese kann die Ermächtigung weiter übertragen.²⁶⁵

§ 122 Behandlung in Praxiskliniken

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag

1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen,
2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.

Die Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 sind zur Einhaltung des Vertrages nach Satz 1 verpflichtet.²⁶⁶

265 QUELLE

01.01.1989.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1211) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 75 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat Nr. 1 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. Kassenärzte,“.

01.01.2007.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) hat Nr. 2 bis 4 in Abs. 1 Satz 1 in Nr. 3 bis 5 unnummeriert und Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 eingefügt.

266 ÄNDERUNGEN

01.01.1993.—Artikel 1 Nr. 76 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Krankenhäuser, Kassenärzte und Krankenkassen wirken mit den zuständigen Landesbehörden in dem Großgeräteausschuß nach Absatz 3 zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen.

(2) Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte werden unter Berücksichtigung des § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 zwischen den Beteiligten im Großgeräteausschuß abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung ist von dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von den zuständigen Stellen bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten.

(3) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird von den Beteiligten nach Satz 2 ein Großgeräteausschuß gebildet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und die Vertreter der

§ 123²⁶⁷

Kassenärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

(4) Die Entscheidungen des Großgeräteausschusses werden einvernehmlich getroffen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Bei Klagen gegen Entscheidungen des Großgeräteausschusses und des Landes findet ein Vorverfahren nicht statt.“

AUFHEBUNG

01.07.1997.—Artikel 1 Nr. 44 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 122 Medizinisch-technische Großgeräte

(1) Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen wirken mit den zuständigen Landesbehörden in den Großgeräteausschüssen nach Absatz 3 zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte sowie die Anhaltzahlen für den bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einsatz der Großgeräte. Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung treffen die Großgeräteausschüsse eine entsprechende Regelung.

(3) Für jedes Land oder für Teile eines Landes wird von den Beteiligten nach Satz 2 ein Großgeräteausschuß gebildet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft, die Vertreter der Vertragsärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und die Vertreter der Krankenkassen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

(4) Die Beteiligten im Großgeräteausschuß stimmen einvernehmlich den Standort eines Großgerätes und eine Mitnutzung durch Dritte ab. Die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Anhaltzahlen sowie insbesondere die medizinischen Leistungserfordernisse, die Bevölkerungsdichte und -struktur, die Zumutbarkeit der Entfernung für die Versicherten, die bereits zur Verfügung stehenden Großgeräte, die Qualifikation für das Betreiben des Großgerätes, die Förderung einer gemeinsamen Nutzung sowie der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf (§ 10 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) sind zu berücksichtigen. Bei regionalen Besonderheiten kann der Großgeräteausschuß von der Rechtsverordnung nach Absatz 2 abweichende Regelungen treffen. Um einen gleichmäßigen Zugang zur Großgerätenutzung sicherzustellen, kann der Großgeräteausschuß bestimmen, daß die Mitnutzung durch andere Antragsteller im Rahmen der vorhandenen Nutzungsmöglichkeiten zu gestatten ist. Über die Nutzung eines medizinisch-technischen Großgerätes hat der Betreiber dem Großgeräteausschuß auf Verlangen Auskunft zu erteilen; der Großgeräteausschuß ist ermächtigt, die Informationen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Durchführung der vertragsärztlichen Abrechnung weiterzuleiten. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Das Ergebnis der Abstimmung oder der Entscheidung nach Absatz 4 wird gegenüber einem Krankenhausträger durch Bescheid der zuständigen Landesbehörde und gegenüber einem Vertragsarzt durch Bescheid des zuständigen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen umgesetzt. Im Fall einer Klage gegen den Bescheid findet ein Vorverfahren nicht statt.“

QUELLE

25.03.2009.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat die Vorschrift eingefügt.

267 AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 1 Nr. 89 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 123 Verfahrensregelungen

Kommt bei der Erfüllung der Aufgaben, die den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach den §§ 109 bis 111 gemeinsam obliegen, eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 213 Abs. 2 entsprechend.“

Fünfter Abschnitt Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln

§ 124 Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, die

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss besitzen,
2. über eine Praxisausstattung verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 anerkennen.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden gemeinsam und einheitlich bei einem der Landesverbände oder den Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen trifft. Die Arbeitsgemeinschaften sind berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben. Die Möglichkeit der Änderung oder Aufhebung gilt auch für Verwaltungsakte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen erteilt worden sind. Die Arbeitsgemeinschaft kann sich dabei auch auf mehrere Bundesländer erstrecken. Die Kosten tragen die Landesverbände und die Ersatzkassen anteilig nach Versicherten nach der Statistik KM 6. Die Arbeitsgemeinschaft darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2a erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Die Arbeitsgemeinschaft darf die Daten von Leistungserbringern nach Absatz 5 erheben, verarbeiten und nutzen, zu denen in den Verträgen nach § 125 gemäß § 125 Absatz 2 Nummer 5a eine Anzeigepflicht besteht. Sie hat die maßgeblichen Daten nach den Sätzen 6 und 7 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, der die Krankenkassen regelmäßig über die Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 5 informiert. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt § 124 Absatz 5 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat auf Grundlage der Daten nach Satz 8 eine Liste über die Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 5 mit den maßgeblichen Daten des jeweils Leistungserbringers nach den Absätzen 1 und 5 zu veröffentlichen; über den Umfang der zu veröffentlichenden Daten verständigen sich die Vertragspartner in den jeweiligen Verträgen nach § 125 Absatz 1.

(2a) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 2 prüfen zudem, ob Leistungserbringer die Voraussetzungen nach § 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erfüllen. Bei Erfüllung der Anforderungen erteilt die Arbeitsgemeinschaft eine entsprechende Abrechnungserlaubnis. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 ist berechtigt, die zuzulassenden Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu den üblichen Praxiszeiten zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Arbeitsgemeinschaft sind zu vermeiden.

(4) (weggefallen)

(5) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllen, wenn sie über eine Praxisausstattung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 2 verfü-

gen. Einer Zulassung bedarf es nicht. Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf.²⁶⁸

268 ÄNDERUNGEN

01.06.1994.—§ 16 Abs. 6 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084) hat Abs. 2 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.05.2003.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a und b des Gesetzes vom 3. April 2003 (BGBl. I S. 462) hat Nr. 2 in Abs. 2 Satz 1 aufgehoben und Nr. 3 und 4 in Nr. 2 und 3 unnummeriert. Nr. 2 lautete:

„2. eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren nachweist, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muß,“.

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

Artikel 2 Nr. 1 lit. e desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Sofern ein zugelassener Leistungserbringer anschließend die Qualifikation zum Physiotherapeuten erwirbt, gilt die berufspraktische Erfahrungszeit nach Absatz 2 Nr. 2 als erfüllt.“

Artikel 2 Nr. 2 desselben Gesetzes hat „und 2“ nach „Nr. 1“ gestrichen und „Nr. 3 und 4“ durch „Nr. 2 und 3“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Nr. 1, 3 oder 4“ durch „Nr. 1, 2 oder 3“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 1 Nr. 88 lit. a des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat in Abs. 1 „Beschäftigungstherapie“ durch „Ergotherapie“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 88 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 2 eingefügt.

28.12.2007.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat in Abs. 5 Satz 1 „den Ersatzkassen sowie der See-Krankenkasse“ durch „und den Ersatzkassen“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 90 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 90 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Verbänden der“ vor „Ersatzkassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 90 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

11.04.2017.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Abs. 5 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „Abs. 2 Satz 3“ durch „Absatz 2 Satz 4“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 1 Nr. 67a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Ein zugelassener Leistungserbringer von Heilmitteln ist in einem weiteren Heilmittelbereich zuzulassen, sofern er für diesen Bereich die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 2 und 3 erfüllt und eine oder mehrere Personen beschäftigt, die die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 nachweisen.

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1 erfüllen; Absatz 2 Nr. 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen gehört werden.

§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzel-

(5) Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erteilt. Die Zulassung berechtigt zur Versorgung der Versicherten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf.

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1, 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. Die Zulassung kann auch widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer die Fortbildung nicht innerhalb der Nachfrist gemäß § 125 Absatz 2 Satz 4 erbringt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

(7) Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als von den Ersatzkassen gemäß Absatz 5 erteilte Zulassungen weiter. Absatz 6 gilt entsprechend.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 6 „Absatz 1“ durch „den Absätzen 1 und 2a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 7 „nach Satz 6“ nach „Zulassung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 8 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 11 eingefügt.

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

20.07.2021.—Artikel 1 Nr. 33a lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33a lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 8 „zur Zulassung nach Satz 6“ durch „nach den Sätzen 6 und 7“ und „zugelassenen Leistungserbringer“ durch „Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 33a lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 12 „Satz 7 eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer“ durch „Satz 8 eine Liste über die Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 5“ und „jeweils zugelassenen Leistungserbringers“ durch „jeweiligen Leistungserbringers nach den Absätzen 1 und 5“ ersetzt.

29.12.2022.—Artikel 1 Nr. 1b lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 1 Nr. 3 „und § 125a“ nach „Absatz 1“ gestrichen.

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

„(4) Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als für die Ersatzkassen gemäß Absatz 2 erteilte Zulassung weiter. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 1 Nr. 1b lit. c desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 5 aufgehoben. Satz 4 lautete: „§ 125b gilt entsprechend.“

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

„(6) Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach Satz 2 innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle anzuerkennen. Die Zulassung gilt innerhalb dieses Zeitraums fort. Bis zum Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 sind die geltenden Vereinbarungen nach § 125 Absatz 2 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung anzuerkennen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Anerkennung der Vereinbarung nach § 125a über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung entsprechend. Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 125a oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle ist die Anerkennung dieser Vereinbarung keine Zulassungsvoraussetzung nach Absatz 1 Nummer 3. Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Absatz 4 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.“

heiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 zu schließen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. die Preise der einzelnen Leistungspositionen sowie einheitliche Regelungen für deren Abrechnung,
- 1a. die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 32 in elektronischer Form, die
 - a) festzulegen haben, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen, und
 - b) mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86 vereinbar sein müssen,
2. die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung,
3. die erforderlichen Weiterbildungen der Leistungserbringer für besondere Maßnahmen der Physiotherapie,
4. der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbereitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt,
5. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
- 5a. die den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 Satz 1 anzuzeigenden für Zwecke der Abrechnung und zur Sicherung der Qualität erforderlichen Daten der Leistungserbringer nach § 124 Absatz 5,
6. der Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit dem verordnenden Vertragsarzt,
7. die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer,
8. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung,
9. Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte; zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf dessen Anforderung eine Statistik über die im Rahmen von § 165 des Siebten Buches erfolgten Meldungen zu übersenden, die insbesondere die Anzahl der Arbeitnehmer, deren geleistete Arbeitsstunden sowie die geleisteten Entgelte enthalten soll,
10. personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung im Sinne des § 124 Absatz 1 Nummer 2 gewährleisten, wobei insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbart werden können, sowie
11. die Vergütung der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e Absatz 3 Satz 2 bestimmten Leistungen von Heilmittelerbringern, die zur Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen erforderlich sind.

(2a) In den Verträgen nach Absatz 1 sind auch die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden, zu regeln. Insbesondere ist bis zum 31. Dezember 2021 für die jeweiligen Heilmittelbereiche Folgendes zu regeln:

1. die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können,
2. die technischen Voraussetzungen, die erforderlich sind, um die Leistungen nach Nummer 1 telemedizinisch zu erbringen.

Die Vereinbarungen nach Satz 2 Nummer 2 sind im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Gesellschaft für Telematik zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nicht bis zum