

**Das Versorgungsgesetzstrukturgesetz aus Sicht der Krankenhäuser:
Medizinische Versorgungszentren und spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)**

Dr. Andreas Penner, Essen
penner@buse.de

Arbeitsmaterialien:

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
- GKV-Versorgungsgesetz (GKV-VStG) –

Systematisierte Synopse in Auszügen zu MVZ und § 116b SGB V

in der Fassung des GKV-VStG in der Fassung Bundesgesetzblatt vom 28.12.2011, Seite 2983 ff.

- Änderungen sind unterstrichen.
- Neu gefasste Regelungen sind als ‚neu‘ gekennzeichnet. Soweit sie nur zu partiellen inhaltlichen Änderungen gegenüber aufgehobenen Regelungen führen, sind diese Änderungen gesondert hervorgehoben.
- Ergänzungen zur inhaltlichen Systematik bzw. die Wiedergabe in Bezug genomener Regelungen finden sich in [eckigen Klammern].
- Soweit nichts anderes angegeben ist, sind die Änderungen mit Wirkung zum 1.1.2012 in Kraft getreten.
- Literaturhinweis zu § 116b SGB V: Penner, Der neue § 116b SGB V – Fortsetzung des Kampfes an den Sektorengrenzen?, ZMGR 2012, 16 ff.

- Überblick -

A. MVZ

I. Zulassungsrecht

1. Allgemeine Zulassungsvoraussetzungen
 - a) Gründungsberechtigung
 - b) Bestandsschutz
 - c) Organisationsformen
 - d) Ärztlicher Leiter
2. Arztstellen
 - a) Erschwerung Verzicht zur Anstellung
 - b) Nachbesetzungsverfahren
 - aa) Nachbesetzungsmöglichkeit
 - bb) Beteiligung MVZ
 - cc) Auswahlkriterien
 - c) Erschwerung Sitzverlegung
 - d) Erleichterung Sonderbedarfszulassung
 - e) Befristung
 - f) Rückumwandlung Arztstellen
3. Zweigstellen

II. Honorar

1. Gesamtvergütung
2. Honorarverteilung
3. Übergangsregelung

III. Sonstiges

1. Delegation ärztlicher Leistungen
2. Nebentätigkeit
3. Kooperationserleichterungen

B. Spezialfachärztliche Versorgung

I. Anwendungsbereich: Erkrankungen und Methoden

1. Allgemeine Regelungen
2. Gesetzlicher Katalog
3. Konkretisierung durch den G-BA
4. Erweiterung durch den G-BA

II. Teilnahmeberechtigung

1. Teilnahmeberechtigte
2. Gesetzliche Teilnahmevoraussetzungen
3. Konkretisierung der Teilnahmevoraussetzungen durch den G-BA
4. Teilnahmeverfahren

III. Honorierung

IV. Versorgungsvollzug

V. Übergangsregelungen

VI. Evaluation

Rechtsstand bis 31.12.2011

Rechtsstand ab 1.1.2012

A. MVZ

I. Zulassungsrecht

1. Allgemeine Zulassungsvoraussetzungen

a) Gründungsberechtigung

<p>§ 95 Abs. 1 S. 6 SGB V Die medizinischen Versorgungszentren ... können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.</p> <p>§ 95 Abs. 6 S. 3 Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 2. Halbsatz länger als 6 Monate nicht mehr vorliegt.</p>	<p>[§ 95 Abs. 1 S. 6 SGB V ist aufgehoben.]</p> <p>§ 95 Abs. 1a S. 1 SGB V - neu - Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; [...].</p> <p>§ 95 Abs. 6 S. 3 Einem medizinischem Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als 6 Monate nicht mehr vorliegt. [Abs. 1 S. 4 u. 5: Definition fachübergreifende Einrichtung]</p>
--	--

b) Bestandsschutz Gründungsberechtigung

	<p>§ 95 Abs. 1a S. 2 SGB V - neu - Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.</p> <p>§ 95 Abs. 6 S. 4 - neu - Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung [s. o. a] seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder ...</p> <p>[Rückausnahme bzgl. ärztlicher Leitung – s. u. d] ... das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztlichen Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.</p>
--	---

c) Organisationsformen

<p>§ 95 Abs. 1 S. 6 SGB V Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen [...].</p> <p>§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen ... abgeben; [...].</p>	<p>§ 95 Abs. 1a S. 1 SGB V - neu - [...]; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich.</p> <p>§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V Für die Zulassung [...] in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, [...].</p>
--	--

d) Ärztlicher Leiter

§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V - neu -

Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.

2. Arztstellen

a) Erschwerung Verzicht zur Anstellung

§ 103 Abs. 4a S. 1 SGB V

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; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich.

§ 103 Abs. 4a S. 1 SGB V

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.

b) Nachbesetzungsverfahren

aa) Nachbesetzungsmöglichkeit

- Ablehnung der Fortführungsfähigkeit bei fehlender Erforderlichkeit -

§ 103 Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB V

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, [...]. Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung.

§ 103 Abs. 3a u. 4 s. 1 u. 9 SGB V - neu - m.W.z. 1.1.2013 Abs. 3a S. 1 u 2

[Anwendungsbereich]

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, [...]. Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung; [...].

[Ausnahmen bei Befristungen und privilegierten Nachfolgern]

2[...]; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. 3[...]; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört.

[Abs. 4 s.u. cc]

Abs. 4 S. 9

[Rückausnahme bei Auswahl nicht privilegierter Nachfolger]

Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, kann er auch die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a Satz 5, 6 und 8 gilt in diesem Fall entsprechend.

Abs. 3a S. 1 u. 3

[Zuständigkeit, Antragsvoraussetzung und Prüfungszeitpunkt]

1[...] 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.

<p>§ 103 Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB V 1[...], hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.</p>	<p>[Voraussetzung einer Ablehnung] 3Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist;[...].</p> <p>[Abstimmungsmodus] 4Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen.</p> <p>Abs. 4 S. 1 [Rechtsfolge bei Stattgabe] 1Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.</p> <p>Abs. 3a S. 5 - 8 [Rechtsfolge bei Ablehnung] 8Hat 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.</p> <p>[Rechtsschutz] [Ausschluss Vorverfahren/Anrufung Berufungsausschuss] 5§ 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. 6Ein Vorverfahren (§78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt.</p> <p>[Ausschluss aufschiebender Wirkung bei Stattgabe Fortführungsantrag] 7Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem ein Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung.</p>
---	---

bb) Beteiligung MVZ

<p>§ 103 Abs. 4a S. 2 u. 3 SGB V 2Soll 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.</p> <p>3Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.</p>	<p>§ 103 Abs. 4a S. 2 u. 3 SGB V - Werden aufgehoben. -</p> <p>§ 103 Abs. 4c S. 1 u. 2 SGB V - neu - [Nachbesetzungsmöglichkeit zugunsten MVZ für Anstellung] 1Soll 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,</p> <p>[Einschränkung] wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.</p> <p>[Verweis auf allg. Regelungen – auf Abs. 3a m. W. z. 1.1.2013] 2Die Absätze 3a, 4 und 5 gelten entsprechend.</p>
---	---

cc) Auswahlkriterien

<p>§ 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V 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.</p>	<p>§ 103 Abs. 4 S. 5 u. 7 SGB V - neu - Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die berufliche Eignung, 2. das Approbationsalter, 3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, 4. <u>eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,</u> 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 ausgeübt wurde, 7. <u>ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen.</u> <p><u>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.</u></p> <p>§ 103 Abs. 4c S. 3 u. 4 SGB V - neu - [Diskriminierung von „Minderheiten“-MVZ] 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.</p> <p>[Bestandsschutz] Dieser Nachrang 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.</p>
---	---

c) Erschwerung Sitzverlegung

<p>§ 24 Abs. 7 Ärzte-ZV Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.</p>	<p>§ 24 Abs. 7 Ärzte-ZV Der Zulassungsausschuss <u>darf</u> den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes <u>nur</u> genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.</p>
--	--

d) Erleichterung Sonderbedarf

<p>§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind,</p>	<p>§ 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur <u>Gewährleistung</u> der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, <u>um einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,</u></p>
--	--

e) Befristung

-	§ 19 Abs. 4 Ärzte-ZV - neu - In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 Prozent kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen.
---	---

f) Rückumwandlung von Arztstellen

	§ 95 Abs. 9b SGB V - neu - Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung. § 95 Abs. 2 S. 8 2. HS. - neu - [Bzgl. Anstellungsgenehmigung MVZ] 8[...]; Absatz 9b gilt entsprechend. § 103 Abs. 4a S. 4 SGB V - neu - [Bzgl. Verzicht zur Anstellung] 4§ 95 Abs. 9b gilt entsprechend. § 32b Abs. 5 Ärzte-ZV - neu - Auf Antrag des Vertragsarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.
--	--

3. Zweigstellen

§ 24 Abs. 3 S. 1 u. 2 Ärzte-ZV 1Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. 2Sofern die weiteren Orte [...].	§ 24 Abs. 3 S. 1 Ärzte-ZV 1Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; [Erleichterung] geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden. [Klarstellungen] 2Es ist nicht erforderlich, dass die an weiteren Orten angebotenen Leistungen in ähnlicher Weise auch am Vertragsarztsitz angeboten werden, oder dass das Fachgebiet eines in der Zweigpraxis tätigen Arztes auch am Vertragsarztsitz vertreten ist. 3Ausnahmen zu den in Satz 2 genannten Grundsätzen können im Bundesmantelvertrag geregelt werden. 4Regelungen zur Verteilung der Tätigkeit zwischen dem Vertrags-
---	---

arztsitz und weiteren Orten sowie zu Mindest- und Höchstzeiten gelten bei medizinischen Versorgungszentren nicht für den einzelnen in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Arzt. ⁵Sofern die weiteren Orte [...].

II. Honorar

1. Gesamtvergütung - Ermittlung der Leistungsmenge -

§ 87a Abs. 4 SGB V

Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 sind insbesondere Veränderungen

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

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

§ 87a Abs. 4 SGB V - neu -

[Anpassungskriterien]

¹Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen

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

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen.

[Grundsatz der Vorjahresanknüpfung an vereinbarte Mengen]

²Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich rechnerischer Richtigstellung anzupassen.

[Bemessung der Morbiditätsveränderungen]

³Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf Grundlage demographischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. ⁴Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.

2. Honorarverteilung

§ 87b SGB V

[Umgestellt nach Systematik des § 87b idF VStG.]

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

(4) ¹Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 [...].

(2) ¹Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. [...]

(3) ¹Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; [...].

(2) ⁶Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen [...] sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten.

§ 87b SGB V - neu -

[Aufrechterhaltung Haus-/Facharztrennung]

(1) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen [...] getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung.

[Rückkehr zu Satzungsrecht und (bedingte) Regionalisierung]

²Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist.

[Übergangsregelung]

³Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

[Mengenbegrenzungspflicht und Grundsatz der Kalkulationssicherheit]

(2) ¹Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

[Förderung kooperativer Behandlungsgemeinschaften und Verfahren]

²Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird.

[Angemessenheit Psychotherapeutenvergütung]

³Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.

[Ausschluss der aufschiebenden Wirkung]

⁴Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

[Pflicht- und Ermessensausnahmen zu Mengenbegrenzung bei Unterversorgung]

(3) ¹Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. ²Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Ein-

	<p>zelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>[Vorgaben Bundesebene für Haus- und Facharzzentren, Mengengrenzungspflicht, Kooperationsprivilegierung und Psychotherapeutenvergütung]</p> <p>(4) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. ²Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. ³Die Vorgaben nach Satz 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.</p> <p>(5) [...]</p>
--	---

3. Übergangsregelung

<p>§ 87d SGB V</p> <p>(1) ¹Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 werden im Jahr 2011 und 2012 nicht angewendet. ²Die in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannten Punktwerte werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst. ³Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden. ⁴Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2f zu treffen. Die regionale Eurogebührenordnung, die nach § 87a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz zu erstellen ist, enthält für die Jahre 2011 und 2012 ausschließlich Preise für den Regelfall.</p> <p>(2) ¹Die nach § 87a Absatz 3 und 4 von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind [...] für das Jahr 2012 bis spätestens zum 31. Oktober 2011 nach Maßgabe dieses Absatzes zu ermitteln. ²Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um 1,25 Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. ³§ 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. ⁴[...] ⁵Der sich aus den Sätzen 2 bis 4 ergebende angepasste Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 wird mit den in Absatz 1 Satz 3 genannten Punktwerten in Euro bewertet. ⁶Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. ⁷[...] ⁸Die Regelungen der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.</p>	<p>§ 87d SGB V - neu -</p> <p>[Einfrieren Orientierungswerte für 2012]</p> <p>(1) ¹Für das Jahr 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Absatz 2e zu treffen. ²Der in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannte Punktwert wird für das Jahr 2012 nicht angepasst. ³Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für das Jahr 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf den Orientierungswert nicht vereinbart werden.</p> <p>[Steigerungssätze Behandlungsbedarf für 2012]</p> <p>(2) ¹Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird.</p> <p>[Unberührtheit der Regelungen zur Vergütung förderungswürdiger Leistungen außerhalb MGv]</p> <p>²§ 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt.</p> <p>[Bewertung Behandlungsbedarf für 2012]</p> <p>³Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet.</p> <p>[Ausschluss der Vergütungssteigerung wg. nicht vorhersehbaren Morbiditätsanstiegen, Änderung der Morbiditätsstruktur, Leistungsvorgaben oder Wirtschaftlichkeitsreserven]</p> <p>⁴Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Ab-</p>
--	--

<p>(3) [...]</p> <p>(4) 1Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden [...]. 6Die Regelungen dieses Absatzes gelten für das Jahr 2012 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 das Ausgabenvolumen des Jahres 2011, erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten soll.</p>	<p>satz 4 Nummer 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.</p> <p><i>[Abs. 3 u. 4 sind mit der Neufassung aufgehoben.]</i></p>
---	--

III. Sonstiges

1. Delegation ärztlicher Leistungen

	<p>§ 28 Abs. 1 Satz 3 u. 4 SGB V - neu -</p> <p>3Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30.6.2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. 4Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.</p> <p><i>[Satz 2: Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.]</i></p>
--	---

2. Nebentätigkeit

<p>§ 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV</p> <p>1Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht.</p>	<p>§ 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV</p> <p>1Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, <u>wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.</u></p>
---	--

3. Kooperationserleichterungen - Prä- und poststationäre Behandlungen und AOP -

	<p>§ 115a Abs. 1 S. 2 u. 3 SGB V - neu -</p> <p>2Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. 3Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.</p> <p><i>[Abs. 2 S. 5: 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.]</i></p> <p>§ 115b Abs. 1 S. 4 SGB V - neu -</p> <p>4In 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.</p>
--	---

B. Spezialfachärztliche Versorgung

- § 116b SGB V - neu -

I. Anwendungsbereich: Erkrankungen und Methoden

1. Allgemeine Regelungen

<p>[Umgestellt nach Systematik des § 116b idF VStG]</p> <p>Abs. 4 S. 2 2)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.</p> <p>Abs. 6 S. 1 u. 2 1)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. 2)Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend.</p>	<p>Abs. 1 S. 1-3 [erkrankungsbezogene Generalklauseln] 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. 2)Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechenden geringen Fallzahlen bestimmte ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe sowie hochspezialisierte Leistungen: [...]</p> <p>[methodenbezogene Generalklauseln] [NUB] 3)Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p> <p>Abs. 7 S. 1 u. 2 [Arzneimittel Abs. 7 S. 1 u. 2] 1)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. 2)Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend.</p>
--	---

2. Gesetzlicher Katalog

<p>Abs. 3 S. 1 HS. 2 [Katalog ist umgestellt nach Systematik § 116b idF VStG und ergänzt um RiLi G-BA]</p> <p>2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</p> <ul style="list-style-type: none">– 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 Multipler Sklerose	<p>Abs. 1 S. 2 HS. 2</p> <p>1. <u>schwere Verlaufsformen</u> von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei</p> <ul style="list-style-type: none">a) onkologische Erkrankungen,b) HIV/AIDS,c) schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen,d) schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4),e) Multiple Sklerose,
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden - Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie - Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden - [G-BA RiLi Anlage 3 Nr. 10] Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die einen interdisziplinäre Versorgung notwendig machen - 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 - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 6] Diagnostik und Versorgung von Patienten mit biliärer Zirrhose - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 7] Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 8] Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 9] Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Transsexualismus - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 10] Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 11] Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Marfan-Syndrom - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 12] Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 15] Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom - [G-BA RiLi Anlage 2 Nr. 16] Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation 	<ul style="list-style-type: none"> f) Anfallsleiden, g) Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie, h) Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen. 2. seltene Erkrankungen und <u>Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie</u> <ul style="list-style-type: none"> 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 Lebertransplantation. 3. hochspezialisierte Leistungen wie <ul style="list-style-type: none"> a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder b) Brachytherapie.
<p>1. hochspezialisierte Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen - Brachytherapie 	

3. Konkretisierung durch den G-BA

	<p>Abs. 4 S. 2, 3 u. 8 [Klassifikationsvorgaben] Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information</p>
--	--

	<p>im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang.</p> <p><i>[Abgrenzung zum stationären Behandlungsbedarf]</i> 3In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant 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.</p> <p><i>[Abgrenzung allgemeine ambulante Behandlung]</i> 8Für die Behandlung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsvorläufen 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.</p>
--	--

4. Erweiterungen durch den G-BA

<p>Abs. 4 S. 1 u. 5 1Der 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. [...] 5Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinien spätestens alle 2 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.</p>	<p>Abs. 5 1Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. 2Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.</p>
---	---

II. Teilnahmeberechtigung

1. Teilnahmeberechtigte

<p>Abs. 2 S. 1 HS. 1 1Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung [...] berechtigt [...].</p>	<p>Abs. 2 S. 1 HS. 1 1An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1 [...] zu erbringen, [...].</p>
--	--

2. Gesetzliche Teilnahmevoraussetzung

<p>Abs. 2 S. 2 2Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist.</p> <p>Abs. 3 S. 2 2Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulanten</p>	<p>Abs. 2 S. 1 <i>[Generelle Verweisung auf Konkretisierungen des G-BA]</i> 1 ... soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen, [...].</p> <p>Abs. 4 S. 10 <i>[Kooperationszwang onkologische Erkrankungen]</i></p>
---	--

<p>te Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend.</p> <p>Abs. 2 S. 1 ¹[...] unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation [...]</p>	<p>¹⁰Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen.</p> <p>Abs. 4 S. 11 ¹¹Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzungen für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung,</p> <p>[Ausnahme vom Kooperationszwang] es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 und 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Leistungserbringern finden konnte.
---	--

3. Konkretisierung der Teilnahmevoraussetzungen durch den G-BA

<p>Abs. 4 S. 4 ⁴In 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.</p>	<p>Abs. 4 S. 4 [Sachliche, personelle Voraussetzungen, Qualitätssicherung] ⁴Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.</p> <p>[optionale Kooperationspflichten] ⁹Zudem kann er für die Versorgung bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern.</p>
--	--

4. Teilnahmeverfahren

<p>§ 116 b Abs. 2 S. 1 HS. 1 u. S. 3 SGB V ¹[...] wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers [...] dazu bestimmt worden ist. [...] ³Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.</p>	<p>Abs. 2 [Anzeigeverfahren und Anzeigehalte] ¹[...] soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies [...] unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. ²Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. ³Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist.</p> <p>[Zuständigkeit] ¹[...], gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 [...]</p> <p>[Leistungserbringungsberechtigung kraft Anzeige mit Widerspruchslösung] ⁴Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung</p>
--	--

berechtigt, es sei denn, die zuständige Landesbehörde 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.

[Meldepflichten nach Berechtigungserlangung]

[Tätigkeitsaufnahme]

§Nach Satz 3 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesellschaft zu melden und dabei den Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt.

[Wegfall Leistungserbringungsberechtigung]

7Erfüllt 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 6 genannten Stellen zu melden.

[Prüfungsrecht]

§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 7 gelten entsprechend.

Abs. 3 (in Auszügen)

[Organisationsrecht Landesausschuss]

[Zusammensetzung]

1Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). 2Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft bestellt.3Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausesellschaft einigen.

[Schlichtung]

4Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausesellschaft berufen.

[*Abstimmungsmodus*]

Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt.

III. Honorierung

Abs. 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). [...] Ab dem 1. Januar 2009 werden die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 6) vergütet.

Abs. 6 S. 1 - 9

[*Abrechnungs- und Zahlungsweg*]

Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; vertragsärztliche Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen.

[*Interimslösung*]

[*gesondertes EBM-Kapitel*]

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 Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung;

[*„Synergie“-Abschlag für KH*]

dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen.

[*Zuständigkeit*]

Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a [...].

[*Zusammensetzung gem. § 87a Abs. 5*]

Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.

[*Anpassungsfrist*]

[...] 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 [...].

[*Anpassungsmaßstab*]

[...] 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.

[*Gesonderte Vergütungssystematik auf Bundesebene*]

Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassen-

	<p>ärztliche 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 Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen.</p> <p><i>[Kalkulationsvorgaben]</i> 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.</p> <p><i>[Beobachtungs- und Anpassungspflicht]</i> 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.</p> <p><i>[Schiedsstellenverfahren]</i> 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.</p>
--	--

IV. Versorgungsvollzug

<p>Abs. 4 S. 3 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.</p>	<p>Abs. 4 S. 5-7 <i>[Zwingende Überweisungsvorbehalte besondere Krankheitsverläufe]</i> Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulant spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1.</p> <p><i>[Ausnahme bei stationärer Vorbehandlung]</i> Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich.</p> <p><i>[Optionale Überweisungsvorbehalte]</i> Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt.</p> <p>Abs. 6 S. 10 u. 11 <i>[Abrechnung]</i> 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.</p>
---	---

<p>Abs. 5 S. 10 10Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen.</p> <p>Abs. 6 3Die 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. 4Die Krankenhäuser haben dabei ein Kennzeichen nach § 293 zu verwenden, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht.</p> <p>5Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Abs. 4 entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist.</p>	<p><i>[Wirtschaftlichkeitsprüfung Abrechnung]</i> 10Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität, <u>soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat</u>, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen.</p> <p>Abs. 7 <i>[Verordnungen]</i> 3Die 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. <u>4Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen.</u> 5Leistungserbringer 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.</p> <p><i>[Wirtschaftlichkeitsprüfung Verordnungen]</i> 6Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend <u>mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.</u></p>
---	---

V. Übergangsregelungen

	<p>Abs. 8 <i>[Befristete Aufrechterhaltung bisheriger Bestimmungen von KH]</i> 1 Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. 2Das 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.</p> <p><i>[Rechtsfolgen für die Vergütung]</i> 3Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet.</p>
--	--

VI. Evaluation

Abs. 9

1Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. 2Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. 3Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. 4Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.