

**29.01.15**

G - AS - AV - FS -  
Fz - In - K - Wi

## Berichtigung

---

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)**

Das Bundeskanzleramt hat mit Schreiben vom 29. Januar 2015 zu dem o. g. Gesetzentwurf Folgendes mitgeteilt:

Mit Schreiben der Bundeskanzlerin an den Präsidenten des Bundesrates vom 29. Dezember 2014 wurde der im Betreff genannte Gesetzentwurf mit der Bitte übersandt, die Zustimmung des Bundesrates herbeizuführen (BR-Drs. 641/14).

Der Gesetzentwurf enthält folgende offenbare Unrichtigkeiten.

1. Bezeichnungsfehler „Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen“ im Sinne des § 119c GKV-VSG-Entwurf

An 11 Stellen in der Begründung werden medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Sinne des § 119c GKV-VSG-Entwurf infolge eines redaktionellen Versehens fälschlicherweise als „MVZ“ bezeichnet. Richtig wäre an den 11 Stellen anstelle der Bezeichnung „MVZ“ die Bezeichnung „medizinische Behandlungszentren“.

Die Änderungen betreffen die Begründungen:

- zu Artikel 1 Nummer 49 (§ 113) - Seite 135 der Drs. 641/14 – siehe Anlage 1a
- zu Artikel 1 Nummer 55 (§ 119c) - Seite 138 der Drs. 641/14 – siehe Anlage 1b
- zu Artikel 1 Nummer 56 (§ 120) - Seite 139 der Drs. 641/14 – siehe Anlage 1c

Erläuterung: MVZ ist die üblicherweise verwandte Abkürzung für medizinische Versorgungszentren im Sinne des SGB V. Auch der Gesetzentwurf zum GKV-VSG kürzt medizinische Versorgungszentren an den Stellen, wo diese auch tatsächlich gemeint sind, mit MVZ ab. „Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen“ im Sinne des § 119c GKV-VSG-Entwurf sind hingegen etwas anderes. Es ist daher offenbar unrichtig, medizinische Behandlungszentren an den o. g. 11 Stellen in der Begründung mit MVZ abzukürzen.

## 2. Bezeichnungsfehler „Zahnarzt“ im Sinne der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Im Normtext zur Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Artikel 15 Nummer 2 des GKV-VSG-Entwurfs) und in der Begründung zu Artikel 15 Nummer 3 (§ 46) wird fälschlicherweise statt des Begriffs „Zahnarzt“ der Begriff „Arzt“ bzw. statt „Zahnarztstellen“ der Begriff „Arztstellen“ verwendet.

Die Änderungen betreffen

- Artikel 15 Nummer 2 (§ 32b) - Seite 51 der Drs. 641/14– siehe Anlage 2a,
- sowie die Begründung zu Artikel 15 Nummer 3 (§ 46) - Seite 183 der Drs. 641/14 – siehe Anlage 2b.

Erläuterung: Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte spricht in § 32b und § 46 nur von Zahnärzten. Die Begriffe „Arzt“ bzw. „Ärzte“ kommen in diesem Teil der Verordnung nicht vor. Deswegen ist es offenbar unrichtig, an diesen Stellen der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte statt von „Zahnärzten“ von „Ärzten“ zu sprechen. Die richtige Fassung „Zahnarzt“ ergibt sich hier unmittelbar aus dem textlichen Zusammenhang.

**Zu Nummer 49 (§ 113)**

Es handelt sich in Satz 1 um Folgeänderungen zur Neufassung von § 117 sowie zu den mit dem neuen § 119c vorgesehenen medizinischen Behandlungszentren. Die Leistungserbringung der Hochschulambulanzen und Hochschulambulanz an Psychologischen Universitätsinstituten und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sowie der medizinischen Behandlungszentren wird wie die Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren von den Krankenkassen im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität in entsprechender Anwendung der für die Prüfungen geltenden Regelungen geprüft werden. Für die ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements und der Inanspruchnahmen von Krankenhäusern in den Fällen des § 76 Absatz 1a werden in Satz 2 die Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf die Prüfungsstellen übertragen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

**Zu Nummer 50 (§ 115)**

Folgeänderung zu § 39 Absatz 1a – neu – und § 112 Absatz 2 Satz 1. Künftig ist das Nähere zum Entlassmanagement in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu regeln (vgl. § 39 Absatz 1a – neu –). Es ist sachgerecht, auch die weitere Ausgestaltung vor Ort in einem dreiseitigen Vertrag zu regeln.

**Zu Nummer 51 (§ 116a)**

Hat ein Landesausschuss festgestellt, dass in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, bietet § 116a die Möglichkeit, zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Von dieser Möglichkeit wird von den Zulassungsausschüssen in der Praxis allerdings eher zurückhaltend Gebrauch gemacht. Um die ambulante ärztliche Versorgung in den betreffenden Gebieten zu verbessern, wird die Regelung zur Ermächtigung von Krankenhäusern verbindlicher ausgestaltet. Liegt ein entsprechender Beschluss des Landesausschusses vor, ist der Zulassungsausschuss künftig verpflichtet, Krankenhäuser auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Die für Ermächtigungen geltenden Vorschriften in § 31 der Ärzte-ZV (z. B. zur Befristung von Ermächtigungen) bleiben unberührt. Gleichzeitig wird vorgesehen, dass die Regelung nur noch für Fälle einer eingetretenen Unterversorgung gilt und nicht mehr für Fälle, in denen der Landesausschuss eine nur drohende Unterversorgung festgestellt hat.

**Zu Nummer 52 (§ 116b)**

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa bis cc

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die im Wege der Anforderung weiterer Informationen und ergänzender Stellungnahmen herbeigeführte Unterbrechung des Laufs der Frist nach § 116b Absatz 2 Satz 4 nicht zu einem Neubeginn der Frist führt. Vergleichbar mit der Hemmung einer Verjährung nach § 209 des Bürgerlichen Gesetzbuches führt die Unterbrechung des Laufs der Frist lediglich dazu, dass die Frist während des Zeitraums der Unterbrechung bis zum Eingang der angeforderten Auskünfte nicht weiterläuft. Nach Ende der Unterbrechung (nach Eingang der Auskünfte) verbleibt dem erweiterten Landesausschuss demnach zur Prüfung der Teilnahmeberechtigung und ggf. Mitteilung eines negativen Prüfergebnisses die noch vorhandene Restfrist, bevor die vorgesehene Rechtsfolge nach § 116b Absatz 2 Satz 4 erster Halbsatz (Teilnahmeberechtigung) eintritt.

Satz 3 zweiter Halbsatz und somit auch für die Evaluation notwendig ist, wird der Evaluierungszeitraum für das Institut des Bewertungsausschusses um ein Jahr verlängert. Das Institut des Bewertungsausschusses hat der Bundesregierung nunmehr bis zum 31. August 2016 über die Ergebnisse zu berichten. Dies ermöglicht eine sachgerechte Evaluierung der auf der Grundlage der abgeschlossenen Vereinbarung möglichen Zahlung von Zuschlägen.

Zu Buchstabe b

Das Ziel der Evaluation erfordert auch den Einbezug einschlägiger Daten der Pflegekassen. Deshalb sind für die Evaluation erforderliche Daten zusätzlich auch von den Pflegekassen zu erfassen und zu übermitteln. Die Befugnis der Pflegekassen hierzu ist durch § 94 Absatz 2 Satz 1 SGB XI gegeben. Die Erfassung und Übermittlung der Daten zur Evaluation erfolgt in entsprechender Anwendung von § 87 Absatz 3f, also unter anderem in pseudonymisierter Form.

### **Zu Nummer 55 (§119c)**

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen muss weiter verbessert werden. Hierzu wird korrespondierend mit dem in § 43b (neu) verankerten Leistungsanspruch erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zur Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen geschaffen. Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, gewährleisten. Hierfür müssen sie geeignet sein, die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigten Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ zu erbringen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der in den Behandlungszentren zu versorgende Personenkreis neben einer zielgruppenspezifischen Diagnostik und Therapie insbesondere auch einer zielgruppenspezifischen Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz, etc.) bedarf.

Die Behandlungszentren müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Behandlung ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können.

Angeboten werden sollen diejenigen Leistungen, die von den betroffenen Menschen speziell benötigt werden. Hierzu können auch zahnmedizinische Leistungen gehören. Neben der Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie bzw. der Aussprache von Therapieempfehlungen für die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt soll eine wesentliche Leistung der medizinischen Behandlungszentren darin liegen, die Organisation und die Koordination verschiedener ambulanter fachärztlicher Leistungen (Diagnostik, Behandlung, weitere ärztliche Veranlassung, Therapiepläne) sicherzustellen sowie eng mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen bzw. Diensten der Eingliederungshilfe und auch anderen Professionen (Heil- und Hilfsmittelerbringer und Erbringer von Kranken-/ Behindertentransportleistungen) zusammenzuarbeiten. Medizinische Behandlungszentren können für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die als Kinder und Jugendliche durch ein sozialpädiatrisches Zentrum versorgt wurden, ein Anschlussversorgungsangebot sein. In diesem Fall soll eine systematische Transition vom kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen.

Hinsichtlich der Vergütung der in den Behandlungszentren erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt wie bei sozialpädiatrischen Zentren, dass diese unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

Zu Nummer 56 (§ 120)

Zu Buchstabe a (Doppelbuchstabe aa und bb)

Die Regelungen schaffen die notwendigen Grundlagen zur Abrechnung der Leistungen nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 und nach § 76 Absatz 1a. Diese sind als ambulante ärztliche Leistungen durch die Krankenhausträger mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Abrechnung der Leistungen nach § 76 Absatz 1a erfolgt, soweit eine Überweisung vorliegt, auf Grundlage der Überweisung versichertenbezogen, nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung. Für die Abrechnung der Leistungen nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 ist eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab zu treffen (vgl. § 87 Absatz 2a Satz 9).

Zu Buchstaben b

Zu Doppelbuchstabe aa

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden in § 119c in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119) medizinische Behandlungszentren geschaffen. Auch hinsichtlich der Vergütung gelten für die ambulanten Leistungen der medizinischen Behandlungszentren die gleichen Regelungen wie für die sozialpädiatrischen Zentren. Auch die in medizinischen Behandlungszentren erbrachten ärztlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land (z. B. der Landeskrankenhausesgesellschaft) vereinbart. Bei den Vergütungsverhandlungen sind wie bei den sozialpädiatrischen Zentren auch die in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Stellen erbrachten nichtärztlichen Leistungen angemessen zu berücksichtigen. Die vereinbarte Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung kann pauschaliert werden.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungszentren sind auf diejenigen Erwachsenen mit Behinderung auszurichten, die wegen der Schwere oder der Dauer ihrer Behinderung nicht oder nicht ausreichend durch niedergelassene Ärztinnen oder niedergelassene Ärzte bzw. von sozial-pädiatrischen Zentren behandelt werden können. Die medizinischen Behandlungszentren sollen die Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie, die Aussprache von Therapieempfehlungen für die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt sowie die Organisation und Koordination verschiedener ambulanter (fachärztlicher) Leistungen anbieten.

Auch für die ambulante Behandlung in ermächtigten Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a sowie für vertragsärztliche Leistungen für Versicherte mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die insbesondere auch durch die Kooperation mit medizinischen Behandlungszentren erbracht werden, soll, soweit dies medizinisch oder aufgrund der Besonderheiten bei der Ausführung der Leistung erforderlich ist, nach § 87 Absatz 3 Satz 5 vereinbart werden, dass die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zum einen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 117 Absatz 1. Künftig ist bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung wie bei der Vergütung der ambulanten Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren zu gewährleisten. Dabei können auch Fallzahlbegrenzungen und Pau-

## Artikel 15

### Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4b des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 24 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“

2. Dem § 32b werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Zahnarzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Zahnarzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.“

(7) § 26 gilt entsprechend.“

3. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren.“

## Artikel 16

### Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I. S. 378) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 werden die Wörter „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Bundesbeamten nach der Reisekostenstufe C“ durch die Wörter „dem Bundesreisekostengesetz“ und die Wörter „Bundesverband der Ortskrankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
2. In § 9 werden die Wörter „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der Reisekostenstufe C“ durch die Wörter „dem Bundesreisekostengesetz“ ersetzt.
3. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

Fällen, in denen ehemalige Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte sich erneut zulassen wollen, die Gebühr zu reduzieren, wenn die Zulassung der Zahnärztin oder des Zahnarztes aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Schließlich wird geregelt, dass bei der wiederholten Besetzung genehmigter Zahnarztstellen nur 50 Prozent der Gebühren zu erheben sind. Es bedarf einer differenzierten Gebührenerhebung, die zwischen der Zulassung als Vertragszahnärztin bzw. Vertragszahnarzt und der Genehmigung von Zahnarztstellen unterscheidet. Zum einen ist der Prüfumfang bei der Zulassung einer Vertragszahnärztin bzw. eines Vertragszahnarztes im Nachbesetzungsverfahren wesentlich umfangreicher als bei der Genehmigung einer Anstellung. Zum anderen erfolgt die Zulassung als Vertragszahnarzt in der Regel nur einmal im Berufsleben einer Zahnärztin bzw. eines Zahnarztes, die Genehmigung einer Anstellung kann hingegen sehr viel häufiger vorkommen. Mit der Gebührenreduktion sollen kooperative Versorgungsformen, die insbesondere für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte attraktiv sind, gefördert werden. Zudem soll die Höhe der Gebühren nicht dazu führen, dass Anstellungen wegen des möglichen Ausscheidens aus der Praxis nicht erfolgen, z. B. bei Erziehungszeiten und der dann erforderlichen hohen gebührenpflichtigen Nachbesetzung der genehmigten Anstellung.

### **Zu Artikel 16 (Änderung der Schiedsamtverordnung)**

#### **Zu Nummern 1 und 2 (§§ 8 und 9)**

Mit den Regelungen werden die Formulierungen in §§ 8 und 9 insbesondere an das gültige Bundesreisekostengesetz angepasst. Darüber hinaus erfolgt in § 8 eine redaktionelle Folgeänderung zu der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgten Änderung des § 11 Absatz 2, wonach die Geschäfte des Bundesschiedsamtes beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu führen sind. Insoweit richtet sich auch der Anspruch der unparteiischen Mitglieder des Bundesschiedsamtes auf Reisekosten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und nicht an den Bundesverband der Ortskrankenkassen.

#### **Zu Nummer 3 (§ 22a)**

Die bisherigen Regelungen zur Kostentragung des Bundesschiedsamtes sehen vor, dass die Geschäftsführungskosten und die Schiedsgebühren von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen je zur Hälfte getragen werden. Das Bundesschiedsamt muss allerdings in einigen Einzelfällen um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft erweitert werden (vgl. §§ 115 Absatz 3 Satz 2, 116b Absatz 6 Satz 7, 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Auch vor dem Hintergrund der durch das GKV-VStG vorgenommenen Regelung in § 116b Absatz 3 Satz 5 SGB V, wonach die Landeskrankhausgesellschaften bei der Kostentragung der Landesausschüsse zu beteiligen sind, erfolgt die Klarstellung, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft an den Kosten für das Bundesschiedsamt entsprechend der Stimmanteile zu beteiligen ist.

### **Zu Artikel 17 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)**

Wird die gesetzliche Frist zur Vereinbarung der Voraussetzungen der Retaxation nicht eingehalten, beginnt das Schiedsverfahren mit dem auf den Ablauf der Frist folgenden Tag. Die Vertragsparteien haben der Schiedsstelle schriftlich den Fristablauf unter Darstellung des Sachverhalts anzuzeigen. Einer weiteren Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 129 Absatz 7 SGB V bedarf es nicht.

### **Zu Artikel 18 (Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien)**

Der Wissenschaftsrat hat bereits im Mai 2009 grundlegende Kritik an der Umsetzung der Aufgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zur Erteilung von Forschungsaufträgen zur Bewertung medizinischer Verfahren und Techno-