

Synopse zum VandG

Daten und Gesetzesmaterialien zum VandG

Gesetzesinitiative: Regierungsvorlage, BR-Drs. [353/06](#) vom 26.05.2006

Wesentlich Inhalt:

Erleichterungen der vertragsärztlichen Leistungserbringung, Zulassung örtlicher und überörtlicher Berufsausungsgemeinschaften, Erlaubnis einer vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten, sachgebietsbergreifende Anstellung von Ärzten ohne numerische Begrenzung, Aufhebung der Altersgrenze, Aufhebung des Vergtungsabschlags bei der Honorierung von Privatbehandlung in den neuen Ländern, Verschiebung der Einfuhung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich auf den 1. Januar 2009. Es entstehen rund 6,5 Mio. Euro Kosten im Jahr.

Änderungen aufgrund der Ausschussempfehlung: Erweiterung der Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Leistungserbringern im europäischen Ausland, Verschiebung der Fristen bei der Reform der vertragsärztlichen Vergütung, Regelung der sog. Teilzulassung aus familiären Gründen, Weiterbildung bei Kindererziehungszeiten, Verordnungsermächtigungen, Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung, Prüfungsverfahren der Voraussetzungen für Vertreter des Vertragsarztes.

Gang der Gesetzgebung

BR-Drs. [353/06](#) vom 26.05.2006: Zuweisung an Ausschuss für Gesundheit(f), AfArbSoz, FinanzA, InnenA, KultA, RechtsA und WirtschA
Plenarprotokoll [824](#) vom 07.07.2006: Stellungnahme

BT-Drs. [16/2474](#) vom 30.08.2006

1. Beratung am 22.09.2006, Plenarprotokoll [16/52](#): An Ausschuss für Gesundheit(f) und AfBFT überwiesen
Beschlussempfehlung und Bericht des AfG: BT-Drs. [16/3157](#) vom 25.10.2006 mit Änderungsvorschlägen

2. und 3. Beratung am 27.10.2006, Plenarprotokoll [16/61](#): Annahme in namentlicher Abstimmung (385:111:44)

BR-Drs. [761/06](#) vom 03.11.2006: Zuweisung an Ausschuss für Gesundheit

Plenarprotokoll [828](#) vom 24.11.2006: Kein Antrag auf Einberufung des Vermittlungsausschusses

Gesetz vom 22.12.2006, verkündet am 30.12.2006, BGBl I, Nr. 66, S. 3439

Inkrafttreten am 01.01.2006 bzw. 27.10.2006 bzw. 01.01.2007

Inhalt

Artikel 1.....	3	§ 140d SGB V.....	39	§ 19a Ärzte-ZV.....	60	§ 19a Zahnärzte-ZV.....	81
§ 13 SGB V.....	3	§ 140e SGB V.....	42	§ 20 Ärzte-ZV.....	62	§ 20 Zahnärzte-ZV.....	82
§ 43b SGB V.....	4	§ 140f SGB V.....	42	§ 24 Ärzte-ZV.....	64	§ 24 Zahnärzte-ZV.....	83
§ 75 SGB V.....	6	§ 222 SGB V.....	45	§ 25 Ärzte-ZV.....	68	§ 25 Zahnärzte-ZV.....	87
§ 77 SGB V.....	7	§ 265a SGB V.....	46	§ 26 Ärzte-ZV.....	69	§ 26 Zahnärzte-ZV.....	87
§ 85 SGB V.....	8	§ 268 SGB V.....	48	§ 27 Ärzte-ZV.....	69	§ 27 Zahnärzte-ZV.....	88
§ 85a SGB V.....	13	§ 285 SGB V.....	51	§ 31 Ärzte-ZV.....	69	§ 31 Zahnärzte-ZV.....	88
§ 85b SGB V.....	14	Artikel 2.....	53	§ 32 Ärzte-ZV.....	70	§ 32 Zahnärzte-ZV.....	88
§ 85c SGB V.....	14	§ 6 BpflV.....	53	§ 32b Ärzte-ZV.....	71	§ 32b Zahnärzte-ZV.....	89
§ 85d SGB V.....	15	Artikel 3.....	54	§ 33 Ärzte-ZV.....	71	§ 33 Zahnärzte-ZV.....	90
§ 95 SGB V.....	16	§ 4 KHEntG.....	54	§ 36 Ärzte-ZV.....	74	§ 36 Zahnärzte-ZV.....	92
§ 95a SGB V.....	27	§ 19 KHEntG.....	55	§ 41 Ärzte-ZV.....	74	§ 41 Zahnärzte-ZV.....	93
§ 98 SGB V.....	28	Anlage 1 zum KHEntG.....	55	§ 42 Ärzte-ZV.....	75	§ 42 Zahnärzte-ZV.....	93
§ 100 SGB V.....	29	Artikel 4.....	56	§ 44 Ärzte-ZV.....	75	§ 44 Zahnärzte-ZV.....	94
§ 101 SGB V.....	30	§ 192 SGG.....	56	§ 46 Ärzte-ZV.....	76	§ 46 Zahnärzte-ZV.....	94
§ 102 SGB V.....	35	Artikel 5.....	57	Artikel 6.....	77	Artikel 7.....	96
§ 103 SGB V.....	36	§ 1 Ärzte-ZV.....	57	§ 1 Zahnärzte-ZV.....	78	Artikel 8.....	96
§ 105 SGB V.....	37	§ 4 Ärzte-ZV.....	57	§ 4 Zahnärzte-ZV.....	78		
§ 121a SGB V.....	38	§ 12 Ärzte-ZV.....	58	§ 12 Zahnärzte-ZV.....	78		
§ 140b SGB V.....	39	§ 18 Ärzte-ZV.....	59	§ 18 Zahnärzte-ZV.....	79		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
--------------------------	---	---	---	---

Vorbemerkung:

Das Gesetz ist nunmehr verabschiedet und tritt am 01.01.2007 in Kraft. Ich halte das VÄndG in weiten Teile für eine **vernünftige Weiterentwicklung des geltenden Rechts – ganz im Gegensatz zum GKV-WSG, welches derzeit im Gesetzgebungsverfahren ist und für das – mit Ausnahme ganz weniger Änderungen wie insbesondere der Flexibilisierung der Kostenerstattung – schon die Bezeichnung „absoluter Mist“ eigentlich ein Euphemismus ist.**

Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 13 SGB V Kostenerstattung	§ 13 SGB V Kostenerstattung	§ 13 SGB V Kostenerstattung	Begründung	Kommentar
<p>(4) ¹Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. ²Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. ³Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. ⁴Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. ⁵Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. ⁶Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen</p>	<p>(4) ¹Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. ²Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. ³Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. ⁴Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. ⁵Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. ⁶Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen</p>	<p>(4) ¹Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. ²Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. ³Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. ⁴Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. ⁵Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. ⁶Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizini-</p>	<p>Begründung vom 25.10.2006: Die Regelungen erweitern die Möglichkeiten der Versicherten, Leistungserbringer im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen, und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Künftig können alle Leistungserbringer in Staaten, in denen die VO (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist, in Anspruch genommen werden. Konkret bedeutet dies folgendes: In Anspruch genommen werden können – wie bereits nach bisherigem Recht – alle Leistungserbringer in Staaten des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. In diesen Staaten gilt die VO (EWG) Nr. 1408/71 auf Grund der genannten Verträge. Darüber hinaus können künftig zusätzlich auch Leistungserbringer aus Staaten in Anspruch genommen werden, in denen die VO (EWG) Nr. 1408/71 aus anderen Gründen gilt. Dies ist derzeit bei der Schweizerischen Eidgenossenschaft der Fall, in der die VO (EWG) Nr. 1408/71 auf Grund des "Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit" (BGBl. 2001 II vom 7.9.2001 S. 810) Anwendung findet.</p>	<p>Neuregelung insbesondere zugunsten der Schweiz. Akzeptabel vor dem Hintergrund der im GKV-WSG vorgesehenen Flexibilisierung des § 13 SGB V (Kostenerstattung).</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak <u>Hinweise:</u> Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.	Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.	schen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.		
(5) ¹ Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. ² Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.	(5) ¹ Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. ² Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.	(5) ¹ Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408171 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. ² Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.	S. Begründung oben.	
§ 43b SGB V Zahlungsweg	§ 43b SGB V Zahlungsweg	§ 43b SGB V Zahlungsweg	Begründung	Kommentar
(2) ¹ Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ² Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. ³ Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83.	(2) ¹ Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ² Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. ³ Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83. ⁴In den Fällen	(2) ¹ Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ² Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. ³ Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83. ⁴In den Fällen	Der neue Satz 4 entspricht der bisherigen	Die Neuregelung gibt der in den Bundesman-

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	des Satzes 3 haben die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt.	des Satzes 3 hat die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt.	Vereinbarung in den Bundesmantelverträgen für die vertragsärztliche Versorgung, in denen – anders als in den Bundesmantelverträgen für die vertragszahnärztliche Versorgung – bereits vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkassen den weiteren Zahlungseinzug übernimmt, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb einer vom Arzt gesetzten Frist nicht leistet. Inhaber der Forderung gegenüber den Versicherten auf Zahlung der Praxisgebühr bleibt die Krankenkasse. Es handelt sich insoweit – wie bereits nach geltendem Recht – um einen gesetzlich geregelten Fall von Forderungseinziehung. Die Einziehungsbefugnis für die Forderung der Krankenkasse liegt also zunächst beim Leistungserbringer, hernach bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, die jeweils die Forderung im Auftrag der Krankenkassen einziehen. Entsprechend sieht § 18 Abs. 5a BMV-Ä vor, dass die zuständige Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung je durchgeführtem Mahnverfahren einen bestimmten Betrag erstattet. An diesem Auftragsverhältnis wird festgehalten.	telverträgen der Ärzte getroffenen Regelung zum Inkasso der Praxisgebühr eine gesetzliche Rechtsgrundlage.
neu	⁵ Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen. ⁶Klagen gegen Verwaltungsakte nach Satz 5 haben keine aufschiebende Wirkung. ⁷Ein Vorverfahren findet nicht statt.	⁵ Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen. ⁶ Klagen gegen Verwaltungsakte nach Satz 5 haben keine aufschiebende Wirkung. ⁷ Ein Vorverfahren findet nicht statt.	Mit dem neuen Satz 5 werden die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen für den Fall, dass Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen, ermächtigt, die Praxisgebühr durch einen entsprechenden Verwaltungsakt bei diesen einzufordern. Die Versicherten werden hierdurch nicht schlechter gestellt, als beim Einzug anderer Zuzahlungen. Denn auch im Fall des Einzugs einer Zuzahlung nach § 43b Abs. 1 Satz 2 SGB V durch die Krankenkasse ist diese berechtigt, einen Verwaltungsakt zu erlassen. Die Regelung sieht schließlich vor, dass es eines Vorverfahrens nicht bedarf und eine sich gegen den Bescheid der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung richtende Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Dies gewährleistet ein möglichst unbürokratisches und auch der Höhe der Forderung (10 Euro)	Neu und systemuntypisch ist, dass die KVen/KZVen direkt gegenüber den Kassenpatienten Verwaltungsakte über die Einziehung der Praxisgebühr erlassen dürfen. Systemuntypisch ist dies deshalb, weil die KVen/KZVen mit den Kassenpatienten eigentlich gar nichts zu tun haben und ihnen gegenüber bisher im keinem Über-/Unterordnungsverhältnis stehen, was herkömmlich als die Voraussetzung schlechthin für den Erlass von Verwaltungsakten gilt.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –				
Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			angemessenes Verfahren. Der Wegfall der aufschiebenden Wirkung der Klage entspricht im Übrigen den geltenden Vorschriften z. B. bei der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben (vgl. § 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG).	
⁴ Das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.	⁸ In den Bundesmantelverträgen kann ein von Satz 4 abweichendes Verfahren vereinbart werden; das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1, 2 und 4 bis 7 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.	⁸ In den Bundesmantelverträgen kann ein von Satz 4 abweichendes Verfahren vereinbart werden; das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1, 2 und 4 bis 7 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.	Der erste Halbsatz des neu gefassten Satzes 7 ermächtigt die Bundesmantelvertragspartner von dem im Satz 4 neu vorgesehenen Verfahren abzuweichen. Das in Satz 4 vorgesehene Verfahren, nach dem die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen hat, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt, ist daher vertraglich abdingbar. Der zweite Halbsatz entspricht dem bisherigen Satz 4 und bezieht als Folgeänderung zu Buchstabe a die dort getroffenen Regelungen in die bisherige Regelung ein.	Abweichungsbefugnis für die Bundesmantelverträge. Es macht keinen Sinn, durch den Gesetzgeber die Vereinbarung eines von Satz 4 abweichenden Verfahrens zuzulassen, ohne zugleich durch den Gesetzgeber zu regeln, unter welchen Bedingungen bei abweichendem Verfahren dann die besonderen Befugnisse der Sätze 5 – 7 ebenfalls gelten.
§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung	§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung	§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung	Begründung	Kommentar
<p>(7) ¹Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen, 2. in Richtlinien bis spätestens 30. Juni 2002 die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind, und 3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen. <p>²Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leis-</p>	<p>(7) ¹Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen, 2. in Richtlinien bis spätestens 30. Juni 2002 die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind, und 3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen. <p>²Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leis-</p>	<p>(7) ¹Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen, 2. in Richtlinien bis spätestens 30. Juni 2002 die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind, und 3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen. <p>²Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leis-</p>		

**Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –**

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>tung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig.</p>	<p>tung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. ³Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind.</p>	<p>tung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. ³Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind.</p>	<p>Vor dem Hintergrund der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV) ist die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu präzisieren. Die im neuen Satz 3 genannten Vorgaben über Prüfungs- und Disziplinarangelegenheiten, die die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen betreffen, können dann Gegenstand der Richtlinien nach Nummer 2 sein, soweit von den Bundesmantelvertragspartnern hierzu keine besonderen Regelungen vereinbart worden sind.</p>	<p>Zunächst einmal wird hier das Prinzip der überörtlichen KV/KZV-Grenzen überschreitenden Berufsausübungsgemeinschaften bestätigt. Wir halten diese Entwicklung aus vielen Gründen für richtig und zukunftsweisend. Nicht zulässig aber ist, dass diese ansonsten weitgehend im SGB V und damit durch den Gesetzgeber geregelten Fragen (insbesondere zur Wirtschaftlichkeitsprüfung - §§ 16, 106a SGB V) nun per Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses neu und ggf. abweichend vom Gesetz geregelt werden. Man wird die Regelungskompetenz nur als Annexkompetenz zu den Bundesmantelverträgen und auch nur in dem eingeschränkten Umfang der Vertragspartner auf Bundesebene bejahen können.</p>
<p style="text-align: center;">§ 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen</p>	<p style="text-align: center;">§ 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen</p>	<p style="text-align: center;">§ 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen</p>	<p style="text-align: center;">Begründung</p>	<p style="text-align: center;">Kommentar</p>
<p>(3) Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.</p>	<p>(3) ¹Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.</p>	<p>(3) ¹Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.</p>	<p>Angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, und zwar unabhängig davon, ob das medizinische Versorgungszentrum als juristische Person selbst nicht Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung ist oder ob das medizinische Versorgungszentrum in Form einer Personengesellschaft von Vertragsärzten betrieben wird, die deshalb selbst Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind.</p> <p>Als Konsequenz des gesetzgeberischen Ziels, die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen möglichst (unter Beachtung der persönlichen Leistungserbringung durch den freiberuflich tätigen Vertragsarzt) der Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren gleichzustellen, werden deshalb auch die nach § 95 Abs. 9 und 9a in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte Mitglieder</p>	<p>Die Neuregelung versucht, eine durch das GMG eingetretene Besserstellung der angestellten Ärzte in MVZ gegenüber angestellten Ärzten in Praxen auszugleichen. Angestellte Ärzte in Praxen, die <u>nicht Jobsharer</u> sind, erhalten die volle Mitgliedschaft und auch das aktive und passive Wahlrecht in der Kassenärztlichen Vereinigung.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>der Kassenärztlichen Vereinigungen.</p> <p>Damit werden neben den nach § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu - in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzten, für die keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind, auch diejenigen angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 95 Abs. 9 Satz 2 - neu - i.V.m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5) sowie die bei Hausärzten angestellten Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an Hochschulen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.</p> <p>Diese angestellten Ärzte können deshalb zukünftig wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren durch Ausübung ihres Wahlrechtes die Ausgestaltung der Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigung mitbestimmen.</p>	
neu	²Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind.	²Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind.	Der neue Satz 2 legt als Voraussetzung für die Entstehung von Mitgliedschaftsrechten angestellter Ärzte eine zeitliche Mindestbeschäftigungsschwelle in Höhe einer Halbtags-tätigkeit fest, da nur ein derartiger zeitlicher Mindestumfang die Inanspruchnahme mitgliedschaftlicher Selbstverwaltungsrechte in der Kassenärztlichen Vereinigung rechtfertigt.	Die Mitgliedschaft angestellter (Zahn) Ärzte in der KV / KZV hat maßgeblichen Ausfluss auf die Stimmrechte. Man kann sich schon vorstellen, dass die von den Ärztekammern bekannten Probleme bei Wahlen künftig auch die KVen / KZVen erreichen werden.
§ 85 SGB V Gesamtvergütung	§ 85 SGB V Gesamtvergütung	§ 85 SGB V Gesamtvergütung	Begründung	Kommentar
(3d) ¹ Zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet werden die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Absatz 3 schrittweise um insgesamt 3,8 vom Hundert erhöht. ² § 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. ³ Die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im übrigen Bundesgebiet werden in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um insgesamt 0,6 vom	(3d) ¹ Zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet werden die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Absatz 3 schrittweise um insgesamt 3,8 vom Hundert erhöht. ² § 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. ³ Die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im übrigen Bundesgebiet werden in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um insgesamt 0,6 vom	(3d) ¹ Zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet werden die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Absatz 3 schrittweise um insgesamt 3,8 vom Hundert erhöht. ² § 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. ³ Die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im übrigen Bundesgebiet werden in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um insgesamt 0,6 vom		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>Hundert abgesenkt. ⁴Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 1 erhöhte Vergütungssumme des Jahres 2004 zu beziehen. ⁵Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im übrigen Bundesgebiet sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 3 abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 2004 zu beziehen. ⁶Die Regelungen nach den Sätzen 4 und 5 gelten für das Jahr 2006 entsprechend. ⁷Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für das Land Berlin.</p>	<p>Hundert abgesenkt. ⁴Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 1 erhöhte Vergütungssumme des Jahres 2004 zu beziehen. ⁵Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im übrigen Bundesgebiet sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 3 abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 2004 zu beziehen. ⁶Die Regelungen nach den Sätzen 4 und 5 gelten für das Jahr 2006 entsprechend. ⁷Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für das Land Berlin und nicht für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen.</p>	<p>Hundert abgesenkt. ⁴Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 1 erhöhte Vergütungssumme des Jahres 2004 zu beziehen. ⁵Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im übrigen Bundesgebiet sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 3 abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 2004 zu beziehen. ⁶Die Regelungen nach den Sätzen 4 und 5 gelten für das Jahr 2006 entsprechend. ⁷Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für das Land Berlin und nicht für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen.</p>	<p>Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Regelung zur Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 um zusätzlich insgesamt 3,8 v.H. und zur Absenkung der Gesamtvergütungen in den alten Ländern im gleichen Zeitraum um insgesamt 0,6 v.H. dient der Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt. Sie bezieht sich vom Sinn und Zweck her nur auf den ärztlichen Bereich. Eine Anwendung im vertragszahnärztlichen Bereich war nicht Ziel der Regelung. Mit der vorgesehenen Klarstellung wird daher nunmehr ausdrücklich der vertragszahnärztliche Bereich von der Geltung der Vorschrift ausgenommen.</p> <p>Mit dieser Klarstellung wird im übrigen auch einer Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages (vgl. lfd. Nr. 1 der Sammelübersicht 15/173 – Drucksache 15/4509), welcher der Deutsche Bundestag in der Sitzung am 16.12.2004 zugestimmt hatte, gefolgt. In mehreren Petitionen war gefordert worden, dass die Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen bzw. die Absenkung der Gesamtvergütungen in den alten Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 auch im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden ist, weil die Regelung des Absatzes 3d selbst nicht ausdrücklich eine abweichende Bestimmung für die Vertragszahnärzte treffe. Der Petitionsausschuss hat entsprechende Forderungen von Zahnärzten</p>	<p>Klarstellende Regelung, dass die Anhebungs-/Absenkungsregelungen nur für den vertragsärztlichen Bereich gelten.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>mit Hinweis auf die mit der Regelung verbundenen Zielsetzungen zwar zurückgewiesen, aber eine entsprechende Klarstellung im Gesetz empfohlen.</p> <p>Eine Klarstellung des gesetzgeberisch Gewollten ist zudem dringlich, da die Regelung in einer im März 2006 getroffenen Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung in den neuen Ländern auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich für anwendbar erklärt wurde.</p>	
<p>(4) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). ²Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. ³Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. ⁴Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. ⁵Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. ⁶Der Verteilungs-</p>	<p>(4) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). ²Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. ³Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. ⁴Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. ⁵Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. ⁶Der Verteilungs-</p>	<p>(4) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). ²Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. ³Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. ⁴Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. ⁵Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. ⁶Der Verteilungs-</p>		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
maßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). ⁷ Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. ⁸ Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung. ⁹ Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2.	maßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seines Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 Satz 1 vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). ⁷ Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. ⁸ Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung. ⁹ Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2.	maßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seines Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 Satz 1 vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). ⁷ Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. ⁸ Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung. ⁹ Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2.	Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1, mit der Vertragsärzten ermöglicht wird, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit zu beschränken. Die Änderung stellt klar, dass die bereits nach geltendem Recht nach dieser Vorschrift im Verteilungsmaßstab zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Vertragsarztes vorzusehenden Regelungen den aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag berücksichtigen müssen. Die Regelungen haben damit z.B. sicherzustellen, dass Vertragsärzte, die nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen, nicht über diesen Versorgungsauftrag hinaus tätig werden und entsprechend abrechnen.	Es lässt sich jetzt schon sagen, dass diese Neuregelung wiederum zu einer Flut von Prozessen um die Honorarverteilungsverträge führen wird.
(4b) ¹ Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262.500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337.500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412.500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280.000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360.000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440.000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert.	(4b) ¹ Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262.500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337.500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412.500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280.000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360.000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440.000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert.	(4b) ¹ Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262.500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337.500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412.500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280.000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360.000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440.000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert.	Mit den Änderungen des Absatzes 4b wird die Degressionsregelung für die vertragszahnärztliche Vergütung an die durch dieses Gesetz geschaffenen Möglichkeiten zur Anstellung von Zahnärzten angepasst. Ziel der Regelung ist es, dass für alle Zahnärzte, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, die Punktmengengrenzen des Absatzes 4b Satz 1 gelten. Damit werden die angestellten Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren und die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen den Vertragszahnärzten hinsichtlich der Degressionsberechnung gleichgestellt. Unsicherheiten, die bei der Anwendung der Degressionsregelung dadurch entstanden sind, dass für die angestellten Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren keine ausdrückliche gesetzliche Regelung bestand, werden durch die Neuregelungen beseitigt.	
² Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend.	² Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte, für bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellte Zahnärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahn-	² Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte, für bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellte Zahnärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahn-	Durch die Ergänzung in Absatz 4b Satz 2 werden die bei einem Vertragszahnarzt angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen und	Der Gesetzgeber sollte die Neuregelung auch nutzen, um die Auswirkungen der Degression auf die zahnärztlich-chirurgischen Fächer zu überprüfen, wenn er schon meint, er müsse

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	Zahnärzte entsprechend.	ärzte entsprechend.	die angestellten Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum den Vertragszahnärzten gleichgestellt. Für die bei einem Vertragszahnarzt angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, bleibt es dagegen bei der Regelung in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 zur Leistungsbegrenzung, da diese angestellten Zahnärzte wie bisher bei der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt werden (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, 2. Halbsatz).	sie beibehalten.
³ Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder.	³ Die Punktmengengrenzen bei Berufsausübungsgemeinschaften richten sich nach der Zahl der zahnärztlichen Mitglieder.	³ Die Punktmengengrenzen bei Berufsausübungsgemeinschaften richten sich nach der Zahl der zahnärztlichen Mitglieder.	Mit den Änderungen in Absatz 4b Satz 3 wird einerseits die Formulierung an den geänderten § 33 Zahnärzte-ZV angepasst und andererseits die Differenzierung zwischen gleichberechtigten und nicht gleichberechtigten Partnern aufgehoben. Sie ist für die Degressionsberechnung nicht mehr erforderlich. Da auch der nicht gleichberechtigte Partner in der Bedarfsplanung mitgerechnet wird, haben ihm ebenso wie dem gleichberechtigten Partner und dem angestellten Zahnarzt, der in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird, die vollen Punktmengengrenzen zuzustehen.	Interessante Änderung. Es kommt künftig <u>nicht</u> mehr auf die Frage an, ob Zahnärzte „gleichberechtigt“ sind. Hierzu hat sich in den einzelnen Zulassungsbezirken eine teilweise groteske Rechtspraxis eingebürgert, die nur deshalb funktionierte, weil Zulassungsverfahren extrem eilbedürftig sind und kaum ein Zulassungsbewerber die Zeit hatte, den Irrsinn in den Anforderungen mancher Zulassungsausschüsse bis vor die Gerichte anzufechten.
⁴ Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. ⁵Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. ⁶Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen.	aufgehoben	aufgehoben	Die Aufhebung der Sätze 4 bis 6 und die Änderung des bisherigen Satzes 7 (Satz 4 neu) sind Folgeänderungen.	Folgeänderung zu der vorstehend beschriebenen Änderung.
⁷ Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten.	⁴ Die Punktmengen erhöhen sich um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten.	⁴ Die Punktmengen erhöhen sich um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten.	Die Aufhebung der Sätze 4 bis 6 und die Änderung des bisherigen Satzes 7 (Satz 4 neu) sind Folgeänderungen.	Folgeänderung zu der vorstehend beschriebenen Änderung.
⁸ Bei Teilzeit oder nicht ganzzähriger Beschäf-	⁵ Bei Teilzeit oder nicht ganzzähriger Beschäf-	⁵ Bei Teilzeit oder nicht ganzzähriger Beschäf-	Mit der Neufassung des bisherigen Satzes 8	Für die Anwendung dieser Regelung wird

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>tigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. ⁹Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. ¹⁰In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. ¹¹Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.</p>	<p>tigung verringert sich die Punktmengengrenze nach Satz 1 oder die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge nach Satz 4 entsprechend der Beschäftigungsdauer. ⁶Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. ⁷In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. ⁸Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.</p>	<p>tigung verringert sich die Punktmengengrenze nach Satz 1 oder die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge nach Satz 4 entsprechend der Beschäftigungsdauer. ⁶Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. ⁷In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. ⁸Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.</p>	<p>(Satz 5 neu) wird den neuen Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung Rechnung getragen. Die Punktmengengrenzen für die Degressionsberechnung sind entsprechend dem Umfang der Teilzeitbeschäftigung zu reduzieren.</p>	<p>man die spannende Frage beantworten müssen, was denn eigentlich bei einem Vertrags(zahn)arzt Vollzeitbeschäftigung bedeutet. Da bieten sich ja viele Ansetzpunkte an (30 h, 35 h, 38 h, 40 h, 41 h, etc.). Aus der Festlegung dieser Zahl kann man dann wieder Rückschlüsse darauf ziehen, wie lange ein Vertrags(zahn)arzt für die Versorgung der Kassenpatienten pro Woche zur Verfügung stehen muss. Man sollte also für die Vollzeitbeschäftigung eher einen niedrigeren Wert wählen, da die privat(zahn)ärztliche Tätigkeit ja auch noch in den Begriff der Vollzeitbeschäftigung zu integrieren ist.</p>
<p>(4d) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten.</p> <p>²Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. ³Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.</p>	<p>(4d) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte, welche bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Zahnärzte und welche in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten.</p> <p>²Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. ³Die Zahl der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.</p>	<p>(4d) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte, welche bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Zahnärzte und welche in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten.</p> <p>²Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. ³Die Zahl der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.</p>	<p>Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Regelungen unter Buchstabe c. Die Mitteilungspflichten haben sich auch auf die den Vertragszahnärzten hinsichtlich der Punktmengengrenzen gleichgestellten angestellten Zahnärzte zu beziehen.</p>	<p>Klarstellung der Mitteilungspflichten bei der Degression. Setzte voraus, dass die Abrechnung künftig für jeden Zahnarzt gesondert erfolgt bzw. in der Quartalsabrechnung für jeden Zahnarzt seine Leistungen durch entsprechende Kennzeichnung ersichtlich werden. Eine solche Regelung ist bisher nach meinem Kenntnisstand erst für den vertragsärztlichen Bereich abgesprochen (Umsetzung zum 01.01.2007).</p>
<p style="text-align: center;">§ 85a SGB V Arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina</p>	<p style="text-align: center;">§ 85a SGB V Arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina</p>	<p style="text-align: center;">§ 85a SGB V Arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina</p>	<p style="text-align: center;">Begründung</p>	<p style="text-align: center;">Kommentar</p>
<p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 1, 2 und 3 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem 1. Januar 2007 die in den Absätzen 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p>	<p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 1, 2 und 3 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem 1. Januar 2007 die in den Absätzen 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p>	<p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 1, 2 und 3 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem 1. Januar 2009 die in den Absätzen 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p>	<p>Die Verschiebung der Fristen in den §§ 85a und 85b ist notwendig, damit das geltende Vergütungssystem mit Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäben (§ 85) noch in den Jahren 2007 und 2008 rechtssicher angewendet werden kann. Es wird klar gestellt, dass die Ablösung dieses Systems einschließlich der bisherigen Budgetierung</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			zum 1. Januar 2009 erfolgt. In der anstehenden Gesundheitsreform werden die §§ 85a und 85b grundlegend modifiziert. Diese weitergehende Vergütungsreform baut aber in einigen Punkten auf den geltenden Regelungen der GMG-Vergütungsreform in §§ 85a und 85b auf. Bis zum Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1. April 2007 bleibt es deshalb in der Verantwortung der Selbstverwaltung, die in §§ 85a und 85b niedergelegten Aufträge zur Umsetzung der Vergütungsreform – insbesondere die Erarbeitung eines diagnosebezogenen Klassifikationssystems durch den Bewertungsausschuss – ohne Unterbrechung fortzuführen.	
§ 85b SGB V Arztbezogene Regelleistungsvolumina	§ 85b SGB V Arztbezogene Regelleistungsvolumina	§ 85b SGB V Arztbezogene Regelleistungsvolumina	Begründung	Kommentar
<p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 4 und 4a werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2007 von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87 Abs. 1) vergütet; die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an die Vertragsärzte und ermächtigten Ärzte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt; § 87 Abs. 2a Satz 7 gilt entsprechend. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse zur Verteilung der Vergütungen nach § 85a im Übrigen, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben, bleiben unberührt. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p>	<p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 4 und 4a werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2007 von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87 Abs. 1) vergütet; die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an die Vertragsärzte und ermächtigten Ärzte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt; § 87 Abs. 2a Satz 7 gilt entsprechend. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse zur Verteilung der Vergütungen nach § 85a im Übrigen, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben, bleiben unberührt. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p>	<p>(1) Abweichend von § 85 Abs. 4 und 4a werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87 Abs. 1) vergütet; die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an die Vertragsärzte und ermächtigten Ärzte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt; § 87 Abs. 2a Satz 7 gilt entsprechend. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse zur Verteilung der Vergütungen nach § 85a im Übrigen, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben, bleiben unberührt. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.</p>	<p>Die Verschiebung der Fristen in den §§ 85a und 85b ist notwendig, damit das geltende Vergütungssystem mit Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäben (§ 85) noch in den Jahren 2007 und 2008 rechtssicher angewendet werden kann. Es wird klar gestellt, dass die Ablösung dieses Systems einschließlich der bisherigen Budgetierung zum 1. Januar 2009 erfolgt. In der anstehenden Gesundheitsreform werden die §§ 85a und 85b grundlegend modifiziert. Diese weitergehende Vergütungsreform baut aber in einigen Punkten auf den geltenden Regelungen der GMG-Vergütungsreform in §§ 85a und 85b auf. Bis zum Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1. April 2007 bleibt es deshalb in der Verantwortung der Selbstverwaltung, die in §§ 85a und 85b niedergelegten Aufträge zur Umsetzung der Vergütungsreform – insbesondere die Erarbeitung eines diagnosebezogenen Klassifikationssystems durch den Bewertungsausschuss – ohne Unterbrechung fortzuführen.</p>	
§ 85c SGB V Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006	§ 85c SGB V Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006	§ 85c SGB V Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006	Begründung	Kommentar

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
(1) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages nach § 83 vereinbaren erstmals für das Jahr 2006 arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina und Punktwerte nach § 85a Abs. 2 mit der Maßgabe, dass jeweils als Obergrenze für das Vergütungsvolumen der Krankenkassen eine Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs. 1 Satz 1 vereinbart wird; § 85a Abs. 3 Satz 2 gilt nicht, § 71 gilt.	(1) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages nach § 83 vereinbaren erstmals für das Jahr 2006 arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina und Punktwerte nach § 85a Abs. 2 mit der Maßgabe, dass jeweils als Obergrenze für das Vergütungsvolumen der Krankenkassen eine Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs. 1 Satz 1 vereinbart wird; § 85a Abs. 3 Satz 2 gilt nicht, § 71 gilt.	aufgehoben	Durch die Änderung des § 85c und die Aufhebung des § 85d werden die Regelungen der GMGVergütungsreform, die sich auf die konkrete Umsetzung dieser Reform in den Jahren 2006 (Erprobungsphase) und 2007 (Echtphase) beziehen, gestrichen. Da die GMG-Regelung so nicht mehr und die neue Vergütungsreform erst zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden wird, können diese Regelungen entfallen. Da es bei der Umstellung der Berechnung der Gesamtvergütungen auf das sog. Wohnortprinzip für alle Krankenkassen im Jahr 2006 bleibt, wird der im bisherigen Recht geregelte Inhalt des Absatzes 2 des § 85c aber unverändert beibehalten und zum alleinigen Inhalt der Vorschrift.	
(2) Für Krankenkassen, die im Jahr 2006 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbaren, ergibt sich der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren: 1. des Betrages, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2005 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt, 2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragschließenden Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2005 zu bestimmen.	(2) Für Krankenkassen, die im Jahr 2006 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbaren, ergibt sich der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren: 1. des Betrages, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2005 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt, 2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragschließenden Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2005 zu bestimmen.	Für Krankenkassen, die im Jahr 2006 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbaren, ergibt sich der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren: 1. des Betrages, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2005 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt, 2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragschließenden Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2005 zu bestimmen.	s. o.	
(3) Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2006 gilt § 85b mit der Maßgabe, dass bei der Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85b Abs. 3 die nach Absatz 1 vereinbarten arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina zu Grunde zu legen sind.	(3) Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2006 gilt § 85b mit der Maßgabe, dass bei der Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85b Abs. 3 die nach Absatz 1 vereinbarten arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina zu Grunde zu legen sind.	aufgehoben	s.o.	
§ 85d SGB V Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2007	§ 85d SGB V Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2007	aufgehoben	Begründung	Kommentar

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Für die Vereinbarung des Punktwertes nach § 85a Abs. 2 Nr. 3 im Jahr 2007 ist der durchschnittliche Punktwert zu Grunde zu legen, der sich aus den für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2006 insgesamt nach § 85c Abs. 1 vereinbarten Punktwerten, jeweils gewichtet mit den vereinbarten Leistungsmengen, ergibt; § 71 gilt insoweit nicht. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen bis zum 31. Oktober 2006 den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 1 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. Ausgangsbasis für die Vereinbarung der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85a Abs. 2 sind die jeweils für das Jahr 2006 gemäß § 85c Abs. 1 vereinbarten Regelleistungsvolumina.	Für die Vereinbarung des Punktwertes nach § 85a Abs. 2 Nr. 3 im Jahr 2007 ist der durchschnittliche Punktwert zu Grunde zu legen, der sich aus den für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2006 insgesamt nach § 85c Abs. 1 vereinbarten Punktwerten, jeweils gewichtet mit den vereinbarten Leistungsmengen, ergibt; § 71 gilt insoweit nicht. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen bis zum 31. Oktober 2006 den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 1 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. Ausgangsbasis für die Vereinbarung der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85a Abs. 2 sind die jeweils für das Jahr 2006 gemäß § 85c Abs. 1 vereinbarten Regelleistungsvolumina.	aufgehoben	Durch die Änderung des § 85c und die Aufhebung des § 85d werden die Regelungen der GMGVergütungsreform, die sich auf die konkrete Umsetzung dieser Reform in den Jahren 2006 (Erprobungsphase) und 2007 (Echtphase) beziehen, gestrichen. Da die GMG-Regelung so nicht mehr und die neue Vergütungsreform erst zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden wird, können diese Regelungen entfallen. Da es bei der Umstellung der Berechnung der Gesamtvergütungen auf das sog. Wohnortprinzip für alle Krankenkassen im Jahr 2006 bleibt, wird der im bisherigen Recht geregelte Inhalt des Absatzes 2 des § 85c aber unverändert beibehalten und zum alleinigen Inhalt der Vorschrift.	
§ 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	§ 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	§ 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	Begründung	Kommentar
(1) ¹ An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. ² Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder	(1) ¹ An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 ¹ eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. ² Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder	(1) ¹ An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. ² Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag		

¹ Hinweis: Hier dürfte sich in der BR-Drs. 761/06, S. 2 a.E. ein Fehler befinden. Die „Nr. 1“ wird nur in Satz 1, nicht in Satz 2 erwähnt.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.	Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. ³Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. ⁴Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.	an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. ³Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. ⁴Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.	Die Änderung stellt klar, dass – ausgehend von den Definitionen der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO-Ä) – alle möglichen Kombinationen verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen das Tatbestandsmerkmal "fachübergreifend" in Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Die Anknüpfung an die Regelungen der MWBO-Ä erleichtert die Anwendungspraxis der Zulassungsausschüsse und die Gründung medizinischer Versorgungszentren. Eine Ausnahme von der Anknüpfung an die MWBO-Ä erfolgt in der hausärztlichen Versorgung: Ärzte mit verschiedenen Facharztbezeichnungen, die nach § 101 Abs. 5 der Arztgruppe der Hausärzte zugeordnet sind (z.B. Fachärzte für Allgemeinmedizin und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die hausärztliche Versorgung gewählt haben), decken denselben Versorgungsbereich ab und können daher das gesetzgeberische Ziel der medizinischen Versorgungszentren, dem Versicherten eine Versorgung aus einer Hand anzubieten, nicht umsetzen. Gleiches gilt für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und die Psychotherapeuten, die nach § 101 Abs. 4 der Gruppe der Psychotherapeuten zugeordnet sind. Dagegen erbringen ein hausärztlicher und ein fachärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, obwohl sie dieselben Facharztbezeichnungen führen, unterschiedliche Leistungen und können daher eine fachübergreifende Versorgung gewährleisten. <u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Zu Satz 2: „Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, da Satz 2 des geltenden Rechts – anders als Absatz 2 Satz 5 – versehentlich nur Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 in Bezug nimmt.“ Zu Sätzen 3 – 5: „Der Gesetzesbefehl entspricht dem bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Gesetzesbe-	Das Wort „fachübergreifend“ wird definiert – und zwar für die Facharztgebiete und -teilgebiete extensiv. Selbst fachärztliche und hausärztliche Internisten können als MVZ firmieren. Nur die eigentlich hausärztliche Fachgruppe und die Fachgruppe der Psychotherapeuten und der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte bleibt insoweit ausgenommen.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			fehl.“	
neu	⁵Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.	⁵Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.	Der neue Satz 5 knüpft daran an, dass Satz 2 vorschreibt, bei einem medizinischen Versorgungszentren müsse es sich um "ärztlich geleitete" Einrichtungen handeln. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum sowohl Ärzte und Zahnärzte oder Ärzte und Psychotherapeuten oder Zahnärzte und Psychotherapeuten gemeinsam tätig, erscheint es sinnvoll, in diesen Fällen die Möglichkeit einer kooperativen Leitung einzuräumen, um deren Zusammenarbeit zu fördern. Möglich ist daher z.B. die gemeinsame Leitung eines Arztes und eines Zahnarztes, wenn in dem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige beider Berufe tätig sind.	Aus der Begründung des Gesetzentwurfs ergibt sich, dass Gründung und Betrieb eines MVZ – sofern ein solches Sinn macht – auch von Ärzten und Zahnärzten gemeinsam durchgeführt werden können. Diese Frage ist derzeit in der Rechtspraxis sehr umstritten und wird von den Zulassungsausschüssen überwiegend abgelehnt.
³ Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).	⁶ Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).	⁶ Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).		Hier hat sich nur die Zählung des Satzes verändert (bisher Satz 3, künftig Satz 6).
(2) ¹ Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. ² Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. ³ Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag 1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten, 2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte. ⁴ Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. ⁵ Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses.	(2) ¹ Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. ² Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. ³ Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag 1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten, 2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte. ⁴ Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. ⁵ Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. ⁶Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform	(2) ¹ Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. ² Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. ³ Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag 1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten, 2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte. ⁴ Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. ⁵ Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. ⁶Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer ju-	Diese Regelung stellt kooperative Versorgungsformen, die in der Rechtsform einer ju-	Vernünftige Regelung, da ansonsten die MVZ in der Rechtsform der juristischen Person

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>⁶Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind.</p> <p>⁷Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind.</p> <p>⁸Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.</p>	<p>einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.</p> <p>⁷Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind.</p> <p>⁸Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind.</p> <p>⁹Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.</p>	<p>ristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.</p> <p>⁷Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind.</p> <p>⁸Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind.</p> <p>⁹Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.</p>	<p>ristischen Person organisiert sind, haftungsrechtlich den als Personengesellschaft organisierten kooperativen Organisationsformen (Gemeinschaftspraxis, MVZ in der Freiberufervariante) in einem wichtigen Bereich gleich: Vertragsärzte, die als Einzelpersonen (Einzelpraxis) oder als Gesamthand (Berufsausübungsgemeinschaft) in vertragsärztlichen Beziehungen zu einer Kassenärztlichen Vereinigung und zu Krankenkassen stehen, haften persönlich für Ansprüche dieser Institutionen – sei es als Einzelperson allein, sei es gesamtschuldnerisch als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft akzessorisch analog §§ 128, 129 HGB (vgl. BGHZ 146, 341 ff. – BGB-Gesellschaft – und § 8 Abs. 1 PartGG – Partnerschaftsgesellschaft) – mit ihrem Privatvermögen. Diese Haftungserstreckung muss zum Schutze der Gemeinschaft der anderen in der Kassenärztlichen Vereinigung durch Pflichtmitgliedschaft organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringer und zum Schutz der Solidargemeinschaft der Versicherten auch für Rechtsansprüche von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gelten. So kommen z.B. für Kassenärztliche Vereinigungen Rückforderungsansprüche nach § 106 Abs. 5c und Ansprüche wegen – möglicherweise auch erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums entdeckter – Falschabrechnungen in Betracht und für Krankenkassen Schadensersatzansprüche aufgrund eines – möglicherweise auch erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums festgestellten – sonstigen Schadens (vgl. § 48 BMV-Ä). Da sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen wegen derartiger Forderungen nicht anderweitig absichern können, bestimmt die Regelung in Satz 6, dass die Gesellschafter als Zulassungsvoraussetzung selbstschuldnerische Bürgschaften gemäß § 773 BGB abzugeben haben.</p>	<p>sehr gravierende Vorteile gegenüber den normalen Berufsausübungsgemeinschaften (der Begriff der Gemeinschaftspraxis wird ab 2007 abgeschafft) hätten</p>
<p>(3) ¹Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung</p>	<p>(3) ¹Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung</p>	<p>(3) ¹Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird</p>	<p>§ 95 Abs. 3 sieht bislang lediglich vor, dass ein Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und</p>	<p>§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V soll eine wichtige Neuregelung enthalten, nämlich den Teilzeitvertrags(zahn)arzt (wobei sich auch hier die</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. ²Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. ³Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich.</p>	<p>wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. ²Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. ³Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich.</p>	<p>und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. ²Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. ³Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich.</p>	<p>verpflichtet ist. Zum Umfang des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags trifft § 95 Abs. 3 Satz 1 keine Aussage. Aus § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, der jeweils bestimmt, dass für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet ist, wer wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht, ergibt sich jedoch, dass der sich aus der Zulassung ergebene Versorgungsauftrag des Vertragsarztes von einer vollzeitigen (hauptberuflichen) Tätigkeit ausgeht.</p> <p>Zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen wird nunmehr die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können. Der Arzt erhält in diesem Fall eine sog. "Teilzulassung" mit beschränktem Versorgungsauftrag. Möglich ist dabei zum einen der Fall, dass ein Leistungserbringer von vornherein nur eine "Teilzulassung" beantragt. Möglich ist zum anderen aber auch der Fall, dass ein Arzt den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduzieren möchte. In beiden Fällen kann der Arzt gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag beantragen (vgl. zum Verfahren § 19a - neu - der jeweiligen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte und die Begründungen hierzu).</p>	<p>Frage nach der Vollzeit wieder stellt). Der Unterschied zum angestellten (Zahn)Arzt besteht darin, dass im Falle dieser Neuregelung der (Zahn)Arzt eine eigene Zulassung erhält.</p> <p>Unklar ist, wie weit diese Beschränkungsmöglichkeiten gehen soll. Der Gesetzeswortlaut spricht vom „zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag“, so dass es nur um die Frage der Teilzeit zu gehen scheint. Liest man aber die Gesetzesbegründung (s. gelb markierter Text in der 4. Spalte), dann ist dort von einem „beschränkten Versorgungsauftrag“ die Rede. Bei einer nur zeitlichen Reduzierungsmöglichkeit würde sich der Versorgungsauftrag nicht reduzieren. Dieser ergibt sich aus dem jeweiligen Fachgebiet. Es wird sicher interessante Diskussionen zu der Frage geben, ob der Versorgungsauftrag unter Berufung auf diese Norm auch inhaltlich beschränkt werden kann.</p>
<p>(5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist; oder auf Antrag eines</p>	<p>(5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist; oder auf Antrag eines</p>	<p>(5) ¹Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist; oder auf Antrag eines</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Änderungen ergänzen die in diesem Gesetz vorgesehenen Vorschriften, mit denen die Möglichkeit eröffnet wird, zur Flexibilisie-</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist.	Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist.	Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. <u>2</u>Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das häftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.	rung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit zu beschränken (sog. Teilzulassung). Nach geltendem Recht kann der Zulassungsausschuss die Zulassung ruhen lassen, wenn der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt seine Tätigkeit nicht entsprechend dem Versorgungsauftrag aufnimmt oder ausübt, oder die Zulassung entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt die Tätigkeit nicht aufnimmt, nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt (§ 95 Abs. 5 und Abs. 6 Satz 1 SGB V). Die Konsequenzen des Ruhens oder des Entzuges einer Zulassung sind für den einzelnen Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt gravierend. Mit der Änderung unter Buchstabe a wird daher die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung des Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes gänzlich ruhen zu lassen, um die Möglichkeit ergänzt, die Zulassung nur häftig ruhen zu lassen. Diese Regelung steht im Einklang mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeit des Arztes, den Versorgungsauftrag von sich aus auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit ("Teilzulassung") zu beschränken und führt dazu, dass auch der Zulassungsausschuss künftig angemessener z.B. auf die Gründe des Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes für die Nichtaufnahme seiner Tätigkeit reagieren kann.	
(6) ¹ Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. ² Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 3 zweiter	(6) ¹ Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. ² Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 6 zweiter	(6) ¹ Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. <u>2</u>Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine häftige Entziehung der Zulassung beschließen. ³ Einem	Begründung vom 25.10.2006: Analog wird durch die Einfügung eines neuen Satzes 2 in Absatz 6 (Buchstabe b) die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung in den genannten Fällen zu entziehen, durch die Möglichkeit einer häftigen Entziehung ergänzt. Die Änderungen im bisherigen Satz 2 des Absatzes 6 entsprechen dem bisherigen Gesetzesbefehl unter Buch-	Der Gesetzgeber regelt hier in der Arbeit der Zulassungsausschüsse entstandene Unklarheiten. Von der im Arbeitsentwurf vorgesehenen Option, den Geschäftsanteil an einen

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Halbsatz nicht mehr vorliegt.	Halbsatz länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt.	medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt.	stabe d und wurden nur redaktionell angepasst.	nicht gründungsberechtigten Dritten zu übertragen, ist der Gesetzgeber zurecht wieder abgerückt.
<p>(7) ¹Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. ²Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. ³Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. ⁴War der Vertragsarzt</p> <p>1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und</p> <p>2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist.</p> <p>⁵Satz 4 Nr. 2 gilt für Psychotherapeuten mit der Maßgabe, daß sie vor dem 1. Januar 1999 an der ambulanten Versorgung der Versicherten mitgewirkt haben. ⁶Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. ⁷Die Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum endet mit Vollendung des 68. Lebensjahres; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.</p>	<p>(7) ¹Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. ²Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. ³Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. ⁴War der Vertragsarzt</p> <p>1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und</p> <p>2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist.</p> <p>⁵Satz 4 Nr. 2 gilt für Psychotherapeuten mit der Maßgabe, daß sie vor dem 1. Januar 1999 an der ambulanten Versorgung der Versicherten mitgewirkt haben. ⁶Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. ⁷Die Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum endet am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden; Sätze 8 und 9 gelten entsprechend; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.</p>	<p>(7) ¹Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. ²Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. ³Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. ⁴War der Vertragsarzt</p> <p>1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und</p> <p>2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist.</p> <p>⁵Satz 4 Nr. 2 gilt für Psychotherapeuten mit der Maßgabe, daß sie vor dem 1. Januar 1999 an der ambulanten Versorgung der Versicherten mitgewirkt haben. ⁶Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. ⁷Die Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum endet am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden; Die Sätze 8 und 9 gelten entsprechend; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.</p>	<p>Die Änderung sieht zum einen eine Gleichstellung der in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte mit Vertragärzten vor, indem nunmehr bestimmt wird, dass die Anstellung des Arztes nicht mehr mit dem Tag der Vollendung des 68. Lebensjahres, sondern am Ende des Kalendervierteljahres, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet, endet.</p> <p>Zum anderen handelt es sich um eine Folge-</p>	<p>Selbst erklärend. 68 Jahre gilt grundsätzlich für alle als Altersgrenze, sofern nicht in unterversorgten Gebieten tätig.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>änderung zu den neuen Sätzen 8 und 9 des § 95 Abs. 7, die vorsehen, dass die Zulassung eines Vertragsarztes nicht mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Der in Satz 7 neu eingefügte Halbsatz stellt klar, dass auch Ärzte in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren weiterbeschäftigt werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Gebiet, in dem sich das medizinische Versorgungszentrum befindet, festgestellt hat, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht (vgl. im Übrigen folgende Begründung zu Doppelbuchstabe bb).</p>	
neu	<p>⁸Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, gilt Satz 3 nicht. ⁹Die Zulassung endet spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8.</p>	<p>⁸Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, gilt Satz 3 nicht. ⁹Die Zulassung endet spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8.</p>	<p>§ 95 Abs. 7 Satz 3 enthält den Grundsatz, dass die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet. Diese Regelung sollte ursprünglich dazu dienen, in unterversorgten und deshalb für die Neuzulassung gesperrten Planungsbereichen Niederlassungschancen für jüngere Ärzte zu schaffen. Soweit aber ältere Ärzte gegen ihren Willen zur Aufgabe ihrer Praxis gezwungen werden, obwohl bei ihnen die nach der Zulassungsverordnung erforderlichen persönlichen Voraussetzungen für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nach wie vor vorliegen, ist es angezeigt an der strengen Altersgrenze dann nicht mehr festzuhalten, wenn dies anderenfalls zu Versorgungsproblemen führt, weil jüngere Ärzte gerade nicht als Nachfolger bereit stehen. Die neuen Sätze 8 bis 10 sehen daher als Ausnahme von dem in Satz 3 bestimmten Grundsatz vor, dass die Zulassung z.B. eines hausärztlich tätigen Vertragsarztes dann nicht mit dem vollendeten 68. Lebensjahr endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Gebiet, in dem der Vertragsarzt niedergelassen ist, festgestellt hat, dass eine hausärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie endet jedoch spätestens ein Jahr</p>	<p>Die Neuregelung betrifft die Durchbrechung der Altersgrenze in unterversorgten Gebieten. Die durchaus praktische Frage, ob davon nicht schon Ärzte in 2006 sollten profitieren können, wird noch nicht beantwortet. Angekommen beim BMG ist aber ersichtlich unsere Kritik an der zunächst vorgesehenen Halbjahresregelung (Satz 9). Nun ist es immerhin ein Jahr Karenzzeit nach Feststellung der Beendigung der Unterversorgung. Noch gar nicht berücksichtigt hat der Gesetzgeber, dass es in unterversorgten Gebieten wegen dieser 68er Regelung zu Jojo-Situationen kommen kann. Hier hilft nur Augenmaß in der praktischen Handhabung.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			nach Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses. Mit dieser Nachfrist wird dem ausscheidenden Vertragsarzt ein hinreichender Zeitraum zur Verfügung gestellt, um seine Praxisnachfolge zu regeln.	
(9) ¹ Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen.	(9) ¹ Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.	(9) ¹ Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.	Nach geltendem Recht dürfen Vertragsärzte lediglich einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen (§ 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV). Außerdem ist Voraussetzung der Anstellung, dass der anstellende Vertragsarzt sich verpflichtet, das in einem entsprechenden Vorjahresquartal anerkannte Leistungsvolumen um nicht mehr als 3 v.H. des Fachgruppendurchschnitts des Vorjahresquartals zu überschreiten. Die angestellten Ärzte werden bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in dem betreffenden Planungsbereich nicht mitgerechnet (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5). Zukünftig wird der Vertragsarzt Ärzte anstellen können, deren Anzahl nicht mehr numerisch begrenzt ist. Auch ihre Arbeitszeit wird genauso wie die Arbeitszeit der angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren dienstvertraglich flexibel gestaltet werden können (§ 95 Abs. 9 Satz 1). Da diese (neuen) angestellten Ärzte – anders als die außerdem weiterhin möglichen und nun in § 95 Abs. 9 Satz 2 i.V.m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 geregelten angestellten Ärzte – ebenso wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren bei der Berechnung des Versorgungsgrades im Planungsbereich zu berücksichtigen sind (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 6 des geltenden Rechts, künftig Satz 7), ist eine "unbeschränkte" Anstellung allerdings nur zulässig in Planungsbereichen, die nicht wegen Zulassungsbeschränkungen gesperrt sind. Zur Klarstellung ist darauf hinzuweisen, dass auf die Anstellung dieser Ärzte § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht anzuwenden ist, der die Vergrößerung des Praxisumfangs bei der Beschäftigung von Assistenten verbietet.	Der Gesetzgeber stellt die angestellten Ärzte in Praxen mit den angestellten Ärzten in MVZ gleich.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	² Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen.	² Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen.	Der neue Satz 2 des Absatzes 9 regelt die Anstellung von Ärzten, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Hier gilt, dass der Vertragsarzt trotz Bestehens von Zulassungsbeschränkungen einen oder mehrere Ärzte anstellen kann, sofern die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sind. Voraussetzung für eine Anstellung ist daher, dass es sich bei dem anzustellenden Arzt um einen Arzt mit derselben Facharztbezeichnung handelt und der anstellende Vertragsarzt sich zu einer Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichtet. Weggefallen ist die Beschränkung, dass es sich entweder um einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte handeln muss (vgl. Änderung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5). Der Vertragsarzt kann daher auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.	Interessant ist, dass die Anstellung von Jobs- harern nicht auf die Situation 1 oder ½ + ½ beschränkt ist. Man wird nun wohl auch ½ + ¼ + ¼ machen können. An der Vorausset- zung, dass es sich um angestellte Ärzte (= Arbeitnehmer, nicht also sog. freie Mitarbei- ter) handeln muss, hält der Gesetzgeber aber fest (und aus arbeitsrechtlicher Sicht auch zu- recht – echte freie Mitarbeiter sind in Arztpra- xen nur unter besonderen Bedingungen vor- stellbar.
² Das Nähere bestimmen die Zulassungsverordnungen und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Absätze 2b und 7 gelten für den angestellten Arzt entsprechend.	³ Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen.	³ Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen.	Die bisher in Satz 2 enthaltene zusätzliche Ermächtigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist entbehrlich: Die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung bei Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen besteht zukünftig nur noch in – wegen Überversorgung – gesperrten Planungsbereichen; der dafür notwendige Konkretisierungsauftrag ist in dem Normsetzungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 enthalten; die Anstellung von Ärzten in nicht gesperrten Planungsbereichen ist zukünftig nicht an die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung geknüpft. Satz 3 ermächtigt den Ordnungsgeber der Zulassungsverordnungen, wie bisher Einzelheiten, insbesondere zum Verfahren der Genehmigung der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, zu regeln. Die bisher in § 95 Abs. 9 Satz 2 zusätzlich geregelte Ermächtigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist entbehrlich, da der an den Gemeinsamen Bundesausschuss	Dem Gemeinsamen Bundesausschuss Aufgaben wegzunehmen, wird von uns immer begrüßt.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			gerichtete Normsetzungsauftrag, die Anstellung von Ärzten in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen zu regeln, in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 enthalten ist.	
neu	⁴ Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend.	⁴ Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend.	Satz 4 bestimmt, dass die für Vertragsärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte maßgebliche Altersgrenze von 68 Jahren (einschließlich der Ausnahme hiervon bei Unterversorgungsfeststellung) auch für die nach Satz 1 und nach Satz 2 angestellten Ärzte gilt. Hingegen gilt die für den Beginn der vertragsärztlichen Leistungserbringung maßgebliche 55-Jahresregelung – genauso auch für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte – nicht (vgl. § 25 Satz 3 Ärzte-ZV - neu -).	Wie schon gesagt: 68er Grenze für alle.
neu	(9a) ¹Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. ²Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.	(9a) ¹Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. ²Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.	Zur Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen hausärztlichen Kompetenz von Hochschullehrern (vgl. § 42 Hochschulrahmengesetz: Professoren und Juniorprofessoren) für Allgemeinmedizin wird diesen der Zugang zur hausärztlichen Versorgung der Versicherten dadurch ermöglicht, dass es den Hausärzten vertragsarztrechtlich gestattet wird, diese Ärzte als angestellte Ärzte außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Beschränkung des Praxisumfangs zu beschäftigen. Um die Zulassungs- und Anstellungsmöglichkeiten anderer hausärztlich tätiger Ärzte nicht zu schmälern, werden diese angestellten Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades nicht berücksichtigt. Diese Regelung kommt einer Bitte der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1. Juli 2005 nach, die Empfehlungen des Berichts zur "Qualifizierung für das Gebiet Allgemeinmedizin" umzusetzen. Begründung vom 25.10.2006: Durch die Erweiterung der Anstellungsmöglichkeit auf die wissenschaftlichen Mitarbeiter wird dem Erfordernis Rechnung getragen, dass gerade auch diese Berufsgruppe ihre praktische hausärztliche Kompetenz erhalten und fortentwickeln muss.	Dieser kleine Absatz enthält gravierende Vorteile für Hausärzte in der Nähe von Hochschulstandorten. Warum gerade allgemeinmedizinische Hochschullehrer in diesen Genuss kommen sollen und die sonstigen medizinischen Hochschullehrer keinen Bedarf an echter Praxis haben, bleibt Geheimnis des Gesetzgebers.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 95a SGB V Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte	§ 95a SGB V Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte	§ 95a SGB V Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte	Begründung	Kommentar
<p>(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.</p>	<p>(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.</p>	<p>(2) ¹Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat. ²Bis zum 31. Dezember 2008 ist eine dem Satz 1 entsprechende mindestens dreijährige Weiterbildung ausnahmsweise ausreichend, wenn nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften eine begonnene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, für die eine Dauer von mindestens drei Jahren vorgeschrieben war, wegen der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das dem Arzt die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, die Weiterbildung unterbrochen worden ist und nach den landesrechtlichen Vorschriften als mindestens dreijährige Weiterbildung fortgesetzt werden darf. ³Satz 2 gilt entsprechend, wenn aus den dort genannten Gründen der Kindererziehung die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vor dem 1. Januar 2006 nicht möglich war und ein entsprechender Antrag auf Eintragung in das Arztregister auf der Grundlage einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Weiterbildung bis zum 31. Dezember 2008 gestellt wird.</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Seit dem 1. Januar 2006 ist nach § 95a Abs. 2 in Verbindung mit Absatz 1 Nr. 2 Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister und damit für die Zulassung als Vertragsarzt bei Fachärzten zur Allgemeinmedizin, dass sie eine mindestens fünfjährige Weiterbildung absolviert haben (vgl. Art. 22 Abs. 3 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I, S. 2626, 2655)). Bis zu diesem Zeitpunkt bestand die Möglichkeit, mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildung eine entsprechende Registereintragung und Zulassung zu erlangen. Die Vorgabe einer mindestens fünfjährigen Weiterbildung hat dazu geführt, dass verschiedenen Ärztinnen und Ärzten, die eine drei- oder vierjährige Weiterbildung absolviert haben, bisher aber aus Gründen der Kindererziehung und der fehlenden Möglichkeit der Aufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit noch keine Arztregistereintragung beantragt haben oder beantragen konnten, nach dem Wortlaut der Vorschriften seit dem 1. Januar 2006 der Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit versagt werden musste. Eine ähnliche Problematik besteht für Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund weiterbildungsrechtlicher Übergangslösungen in den Kammerbereichen ebenfalls in Zusammenhang mit Kindererziehungszeiten noch einen Anspruch darauf haben, die einmal begonnene allgemeinmedizinische Weiterbildung als dreijährige Weiterbildung zu beenden. Die Ergänzung des § 95a Abs. 2 sieht daher für die vorgenannten Fälle eine Ausnahme vor, nach der für eine dreijährige Übergangszeit ausnahmsweise eine mindestens dreijährige Weiterbildung für Allgemeinmedizin als ausreichend angesehen wird, wenn diese vor dem Stichtag begonnen und noch ableistbar</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 98 SGB V Zulassungsverordnungen	§ 98 SGB V Zulassungsverordnungen	§ 98 SGB V Zulassungsverordnungen	Begründung	Kommentar
<p>(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über</p> <p>...</p> <p>4. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,</p> <p>...</p> <p>6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister,</p> <p>...</p> <p>10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit,</p> <p>...</p>	<p>(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über</p> <p>...</p> <p>4. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,</p> <p>...</p> <p>6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister,</p> <p>...</p> <p>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,</p> <p>...</p>	<p>(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über</p> <p>...</p> <p>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,</p> <p>...</p> <p>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,</p> <p>...</p> <p>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,</p> <p>...</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u></p> <p>Durch die Änderung der Nummer 4 wird klargestellt, dass bei der Bemessung der Verwaltungsgebühren nicht nur der mit der Amtshandlung verbundene Verwaltungsaufwand, sondern auch die Bedeutung, der wirtschaftliche Wert oder der sonstige Nutzen der Amtshandlung für den Gebührenschuldner zu berücksichtigen ist.</p> <p>Die Änderung der Nummer 6 stellt klar, dass die Verordnungermächtigung entsprechend der Regelung für die Zulassungsausschüsse in Nummer 3 und 4 nicht nur die Befugnis zur Regelung des Verfahrens, sondern auch der Verfahrensgebühren umfasst. Bei der Bemessung der Verwaltungsgebühren sind – wie bei den Ausschussgebühren nach Nummer 4 – neben dem Verwaltungsaufwand die Bedeutung, der wirtschaftliche Wert oder der sonstige Nutzen der Amtshandlung für den Gebührenschuldner zu berücksichtigen.</p>	
<p>12. den Ausschluß einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünfundsünfzigste Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz, soweit die Ermächtigung zur Sicherstellung erforderlich ist, und in Härtefällen,</p>	<p>12. den Ausschluß einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünfundsünfzigste Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz, soweit die Zulassung oder die Ermächtigung zur Sicherstellung erforderlich ist, und in Härtefällen,</p>	<p>aufgehoben</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u></p> <p>§ 98 Abs. 2 Nr. 12 enthält die Vorgabe an den Verordnungsgeber, in den Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte Vorschriften über den Ausschluss einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten und Zahnärzten, die das fünfundsünfzigste Lebensjahr vollendet haben, aufzunehmen. Ein Bedürfnis für</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			einen solchen Zulassungs- und Ermächtigungsausschluss wird nicht mehr gesehen. Die Vorgabe an den Ordnungsgeber, in den Zulassungsverordnungen entsprechende Vorschriften aufzunehmen, wird daher gestrichen.	
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 gemeinsam ausüben können,	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,	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,	§ 98 Abs. 2 Nr. 13 enthält bereits bisher die Ermächtigungsnorm für den Ordnungsgeber der Zulassungsverordnungen, die personelle Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung zu regeln. Diese Befugnis wird einerseits erweitert um die Befugnis, nähere Regelungen zur Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit an verschiedenen Orten zu treffen. Andererseits wird die Befugnis, nähere Regelungen zur gemeinsamen Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit zu treffen, in die neue Nummer 13a überführt (vgl. nachfolgende Begründung).	Berufsausübungsgemeinschaften (früher: Gemeinschaftspraxen) enthalten eine eigenständige Regelung in Nr. 13a.
neu	13a. die Voraussetzungen, unter denen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,	13a. die Voraussetzungen, unter denen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,	Die bisherige Regelung ist in der neuen Nummer 13a durch eine die gemeinsame Berufsausübung zwischen allen zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern erlaubende Ermächtigung ersetzt worden.	Warum die bisherige Regelung nicht ausreichte, wird nicht erklärt.
§ 100 SGB V Unterversorgung	§ 100 SGB V Unterversorgung	§ 100 SGB V Unterversorgung	Begründung	Kommentar
	(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.	(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.	Die Neuregelung verpflichtet die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen für den Fall, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, zu einer entsprechenden Feststellung. Die Voraussetzungen für einen solchen Feststellungsbeschluss richten sich nach den Vorgaben in den Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3 zweiter Halbsatz	In der Begründung ausreichend erklärt. Interessant wird es, wenn die Landesausschüsse dieser Pflicht nicht nachkommen. Amtshaftung?

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 101 SGB V Übersorgung	§ 101 SGB V Übersorgung	§ 101 SGB V Übersorgung	Begründung	Kommentar
(1) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über ...	(1) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über ... 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,	(1) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über ... 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,	(siehe entsprechende Änderung des § 101 Abs. 1 Nr. 3). Der Feststellungsbeschluss führt dazu, dass Sicherstellungszuschläge an Vertragsärzte gezahlt werden können (vgl. die Änderung des § 105 Abs. 1 SGB V und die Begründung hierzu)	
			Die neue Nummer 3a verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss Vorgaben zu beschließen, unter welchen allgemeinen Voraussetzungen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können. Hintergrund der Regelung ist, dass in ländlichen Gebieten, insbesondere der neuen Länder, absehbar ist, dass es zu Versorgungsengpässen kommen kann, für deren Behebung das bisherige Instrumentarium des Vertragsarztrechts ergänzt werden muss. So greift z.B. die durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Möglichkeit, – durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte – Sicherstellungszuschläge an niederlassungswillige Ärzte zu zahlen, erst in den Fällen, in denen der Landesausschuss in dem betreffenden Planungsbereich eine Unterversorgungsfeststellung getroffen hat. Dennoch besteht gerade in den – wegen ihrer Anknüpfung an die Stadt- und Landkreise – oft sehr großen Planungsbereichen die Gefahr, dass auch in Planungsbereichen, die rechnerisch ausreichend versorgt sind, erhebliche Versorgungslücken existieren. Diese können z.B. aufgrund schlechter infrastruktureller Anbindung begründet sein. Stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 101 Abs. 3 – neu – fest, er-	Ergänzende Regelung zu § 100 Abs. 3 SGB V

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			möglichst dies künftig (vgl. die Änderung des § 105 Abs. 1) die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte nach § 105 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz. Dies ist bislang nach geltendem Recht nur möglich, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Das bereits bestehende Instrument der Sonderbedarfszulassung zur Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs nach Nummer 24 Abs. 1 Buchstabe a der Bedarfsplanungsrichtlinien wird hierdurch ergänzt.	
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 ausüben will und sich die Partner der Gemeinschaftspraxis 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 § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 3 und 4 gilt nicht.	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 § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 3 gilt nicht.	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 § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 3 gilt nicht.	Die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 durch eine alternative Bezugnahme auf den Begriff "Facharztbezeichnung" neben dem Begriff "Fachgebiet" ist die Konsequenz aus der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO-Ä), nach der anders als bisher die Fachgebietsinhalte nicht mehr in jedem Fall in vollem Umfang Gegenstand der Kenntnisse und Fähigkeiten sind, die ein Facharzt während seiner Weiterbildung erwerben und nachweisen muss; die Facharztbezeichnung beinhaltet dagegen alles das, was der Facharzt im Rahmen seines Fachgebietes erlernt hat und deshalb ausüben darf (Facharztkompetenz). Bei der Ersetzung des Begriffs "Gemeinschaftspraxis" durch den Begriff "Berufsausübungsgemeinschaft" hat es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus einer entsprechenden Änderung der Zulassungsverordnungen. Die Streichung des Hinweises auf die Nichtgeltung des § 85 Abs. 4b Satz 4 in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 erfolgt, weil der entsprechende	Die Neuregelung erschwert die Zulassung eines Jobsharers, wenn es künftig nur nach den neuen Facharztbezeichnungen gehen soll. In der Chirurgie gibt es nach der MWBO 2004 acht Facharztbezeichnungen. In der Inneren Medizin gibt es zwei Facharzttitel, wobei der bisherige fachärztliche Internist mit Schwerpunktbezeichnungen sich auf acht Facharztbezeichnungen auftrennen soll, wenn man die MWBO-Ä so liest, als gebe es den Facharzt für Innere Medizin neu nur noch in der zwangsweisen Kombination mit einer Schwerpunktbezeichnung und diese Kombination als eigenständigen Facharzttitel ansieht. Diese Regelung würde eine Vielzahl von Abgrenzungsschwierigkeiten und Alltagsproblemen lösen. Im Gegensatz zur Chirurgie, bei der die bisherigen Facharztbezeichnungen durch Übergangslösungen lückenlos durch neue ersetzt werden, wird es den Facharzt für Innere Medizin ohne und mit Schwerpunktbezeichnungen nach altem Recht weiterhin geben. Dieses Problem soll nunmehr durch Richtlinien gelöst werden (s.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			Satz durch die Neuregelung des § 85 Abs. 4b aufgehoben wurde. Der Hinweis auf die Nichtgeltung des § 85 Abs. 4b Satz 3 (Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen nach der Zahl der Mitglieder) bleibt bestehen. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 (Jobsharing) wird der Zahnarzt wie bisher nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt und die Partner der Gemeinschaftspraxis haben sich zu einer Leistungsbegrenzung zu verpflichten. Eine Erhöhung der Punktmengengrenzen nach der Zahl der Mitglieder wäre damit nicht vereinbar.	Satz 2 neu) Die Anstellung von Jobsharing-Ärzten ist nur noch in überversorgten Gebieten notwendig. Außerhalb solcher Gebiete kann der Vertragsarzt künftig unlimitiert angestellte Ärzte einstellen.
5. Regelungen für die Anstellung eines ganztags beschäftigten Arztes oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leitungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht.	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 Leitungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist ; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.	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 Leitungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist ; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.	Die zusätzliche Einfügung der Wörter "in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind" in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bewirkt, dass die bisher unabhängig von Zulassungsbeschränkungen mögliche Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, deren Inhaber sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet hatten, auf Planungsbereiche beschränkt wird, für die Zulassungsbeschränkungen bestehen. Für die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten in Planungsbereichen, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist die Verpflichtung des Praxisinhabers zur Leistungsbegrenzung nicht notwendig. Die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen mit Leistungsbegrenzung ist zukünftig in § 95 Abs. 9 Satz 2 - neu - geregelt, die der Anstellung von Ärzten ohne Leistungsbegrenzung in § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu -. Gestrichen wird in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 die Beschränkung, dass der Vertragsarzt entweder einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen kann. Dies führt zu einer weiteren Flexibilisierung auch für Vertragsärzte, die in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, niedergelassen sind. Diese können künftig auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen. Ergänzt wird Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 um eine Sonderregelung im Fall lokalen Versorgungs-	Klarstellende Regelung, welche die Konsequenzen aus der Aufhebung der bisherigen Beschränkungen im Jobsharing-Bereich auf 1 oder ½ + ½ umsetzt (s. dazu Anmerkung oben bei § 95 Abs. 9 SGB V).

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>bedarfs. Es hat sich gezeigt, dass in einzelnen Planungsbereichen die auf einer den gesamten Planungsbereich bezogenen Betrachtung beruhenden örtlichen Verhältniszahlen die Versorgungssituation vor Ort nicht immer sachgerecht abbilden. Dies gilt insbesondere für großräumige Landkreise. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärzte auf den Planungsbereich ist – teilweise sogar in rechnerisch überversorgten Planungsbereichen – an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation gegeben. Der neue Satz 8 sieht daher – ergänzend zu bereits bestehenden Möglichkeiten (z.B. Sonderbedarfzulassungen) – vor, dass der derzeit maßgebliche Umfang der Leistungsbegrenzung in Höhe von 103 %, zu der sich der Vertragsarzt verpflichten muss, in Fällen lokaler Versorgungsdefizite erhöht werden kann. Eine gesetzliche Höchstgrenze für die Umfangserweiterung ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Der Umfang der Leistungsbegrenzung ist vielmehr entsprechend dem lokalen Versorgungsbedarf angemessen zu erhöhen. Die Umfangserweiterung ist wieder zu reduzieren, sobald ein lokaler Versorgungsbedarf nicht mehr besteht.</p> <p>Schließlich wird der im letzten Halbsatz des Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 enthaltene Hinweis auf die Nichtgeltung des § 85 Abs. 4b Satz 7 und 8 gestrichen, da er entbehrlich ist. Aufgrund der Neuregelungen des § 85 Abs. 4b wird bestimmt, dass die vollen Punktmengengrenzen nur für angestellte Zahnärzte in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen gelten. Für angestellte Zahnärzte in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen bleibt es damit bei der Regelung zur Leistungsbegrenzung in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5.</p>	
	² 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	² 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 ver-	Die Regelung in Absatz 1 Satz 2 ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Bestimmung der Voraussetzung der Fachidentität im Rahmen der bedarfsrechtlichen Konkretisierung des Jobsharings nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und der Anstellung von Ärzten nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 die	Diese Regelung wird hoffentlich in der Praxis die Probleme vermeiden, die sich aus der MWBO-Ä ergeben. Ärger dürfte aber auch hier vorprogrammiert sein.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind.	einbar sind.	Probleme zu lösen, die sich daraus ergeben, dass nach dem neuen Weiterbildungsrecht unterschiedliche Facharzt Kompetenzen in demselben Gebiet möglich sind, z.B. in dem Gebiet der Chirurgie, dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin und dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.	
² Übersorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. ³ Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. ⁴ Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. ⁵ Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen.	³ Übersorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. ⁴ Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. ⁵ Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. ⁶ Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen.	³ Übersorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. ⁴ Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. ⁵ Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. ⁶ Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen.		Hier gibt es nur Änderungen in der Nummerierung der einzelnen Sätze.
⁶ Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion sind die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen.	⁷ 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 und die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen.	⁷ 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 und die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen.	Neben einer redaktionellen Änderung, mit der die Formulierung im bisherigen Satz 6 ("Planungsregion") an die Formulierung im bisherigen Satz 5 ("Planungsbereich") angepasst wird, enthält die Änderung des bisherigen Satzes 6 notwendige Folgeänderungen hinsichtlich der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich. So wird einerseits sichergestellt, dass Vertragsärzte, deren Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 19a - neu - der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt ist, bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich auch nur mit einer halben Stelle gerechnet werden. Zum anderen bezieht die Ergänzung die nach § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu - ohne Leistungsbegrenzung angestellten Ärzte – ebenso wie die bereits nach geltendem Recht in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte – in die Ermittlung des Versorgungsgrades entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig ein. Einer Einbeziehung der nach § 95 Abs. 9 Satz 2 -neu -angestellten	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Leistungsbeschränkungen angeordnet sind, in den Versorgungsgrad bedarf es – wie auch bisher – hingegen nicht, da sich der anstellende Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten muss (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, der auch bereits die ausdrückliche Regelung enthält, dass diese angestellten Ärzte bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nicht mitzurechnen sind).	
neu	<p>(3a) ¹Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen.</p> <p>²Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.</p>	<p>(3a) ¹Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen.</p> <p>²Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.</p>	Der neue Absatz 3a Satz 1 bestimmt, dass mit Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen die Verpflichtung des Vertragsarztes, der einen Arzt nach § 95 Abs. 9 Satz 2 – neu – angestellt hat, zur Leistungsbegrenzung entfällt; es gelten dann für die Leistungsausweitung auf Grund der Tätigkeit des angestellten Arztes die allgemeinen Grenzen, die sich aus der Pflicht des Vertragsarztes zur persönlichen Ausübung und Leitung der Praxis ergeben. Im Gegenzug zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung der örtlichen Verhältniszahl mitgerechnet (Satz 2). Durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen wird aus dieser Stelle also eine ganz normale Angestelltenstelle nach § 95 Abs. 9 Satz 1 – neu – mit der weiteren Folge, dass auch nach erneuter Sperrung des Planungsbereichs eine Nachbesetzung der Stelle nach § 103 Abs. 4b Satz 2 – neu – möglich ist.	Selbst erklärend. Das kann in der Praxis zu kuriosen Vorgängen führen. Künftig müsste der Landesausschuss kalkulieren, wie viele angestellte Ärzte von der Neuregelung des § 101 Abs. 3a Satz 2 SGB V profitieren werden, was in vielen Fällen die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen zur einer Angelegenheit von juristischen Sekunden machen dürfte. Interessant wird auch die Frage nach der partiellen Öffnung werden. Welcher von mehreren angestellten Ärzten kommt dann zum Zuge?
§ 102 SGB V Bedarfszulassung	aufgehoben	aufgehoben	Begründung	Kommentar
(1) ¹Ab 1. Januar 2003 erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. ²Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Richtlinien Kriterien für die Anwendung der Verhältniszahlen auf ärztliche Zusammenschlüsse zu bearbeiten. ⁴Auf der Grundla-	aufgehoben	aufgehoben	Die Regelung zur Einführung einer Bedarfszulassung wird aufgehoben. In § 102 ist angekündigt, zum 1. Januar 2003 eine Bedarfszulassung aufgrund gesetzlich festgelegter Verhältniszahlen einzuführen. Die Vorschrift ist 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (BGBl. I S. 2266) eingefügt worden. Zu diesem Zeitpunkt ging man von ständig steigenden Arztzahlen aus. Gesetzlich festgelegte Verhältniszahlen sollten dazu dienen, einen	Wurde auch Zeit!

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>ge dieser Kriterien kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Zulassungen gefördert werden. ⁵Zulassungsanträge 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 Vertragsarztsitze vor, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind.</p> <p>(2) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 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.</p>			<p>"closed shop", also eine bundesweite Sperrung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung verfassungsrechtlich zu legitimieren. Der 1992 befürchtete Anstieg der Überversorgung, zu deren Beendigung der § 102 dienen sollte, ist auch ohne die Umsetzung einer Bedarfszulassung nahezu zum Stillstand gekommen. Die Umsetzung der Regelung würde zudem einen erheblichen gesetzgeberischen und verwaltungstechnischen Aufwand sowohl auf der Landes- als auch der Bundesebene bedeuten.</p>	
<p style="text-align: center;">§ 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen</p>	<p style="text-align: center;">§ 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen</p>	<p style="text-align: center;">§ 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen</p>	<p style="text-align: center;">Begründung</p>	<p style="text-align: center;">Kommentar</p>
<p>(4a) ¹Verzichtet 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. 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. ³Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. ⁴Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbe-</p>		<p>(4a) ¹Verzichtet 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. 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. ³Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. ⁴Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbe-</p>	<p>Begründung vom 25.10.2006: § 103 Abs. 4a Satz 4 enthält bislang das Privileg für Ärzte, die mindestens fünf Jahre in einem medizinischem Versorgungszentrum</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
schränkungen 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 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. ⁵ Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.		schränkungen 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. ⁵ Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.	tätig waren, unbeschadet angeordneter Zulassungsbeschränkungen in demselben Planungsbereich eine Zulassung zu erhalten. Dieses Privileg wird mit der vorgesehen Änderung künftig gestrichen, da es zum einen die Überversorgung fördert und zum anderen auch eine Ungleichbehandlung derjenigen Ärzte darstellt, die nicht als Angestellte in einem MVZ, sondern – wie nach künftigem Recht möglich – als Angestellte in einer Arztpraxis tätig werden. Ärzte, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, werden aus Gründen des Bestandsschutzes von der Änderung ausgenommen.	Diese unscheinbare Änderung beseitigt den letzten Vorteil, den ein von niedergelassenen betriebenes MVZ gegenüber Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften) noch hatte: die Möglichkeit zur automatischen Generierung neuer Vertragsarztsitze alles 5 Jahre.
neu	(4b) ¹Verzichtet 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; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. ²Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.	(4b) ¹Verzichtet 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; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. ²Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.	In Anlehnung an die Regelung in § 103 Abs. 4a, die einem Vertragsarzt ermöglicht, in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seinen Vertragsarztsitz zu verzichten, um als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wird – soweit die übrigen Voraussetzungen vorliegen – die entsprechende angestellte Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis ermöglicht (Satz 1). Außerdem erhält der Vertragsarzt ebenso wie das medizinische Versorgungszentrum die Möglichkeit, trotz Zulassungsbeschränkungen die Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes nachzubesetzen (Satz 2).	Beide Regelungen stellen Vertragsarztpraxis und MVZ hinsichtlich angestellter Ärzte gleich.
§ 105 SGB V Förderung der Vertragsärztlichen Versorgung	§ 105 SGB V Förderung der Vertragsärztlichen Versorgung	§ 105 SGB V Förderung der Vertragsärztlichen Versorgung	Begründung	Kommentar
(1) ¹Die 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; zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Lan-	(1) ¹Die 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; zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Lan-	(1) ¹Die 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; zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Lan-		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
desausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 getroffen hat. ² 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 Verbänden der Ersatzkassen.	desausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat. ² 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 Verbänden der Ersatzkassen.	desausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat. ² 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 Verbänden der Ersatzkassen.	Die Änderung des § 105 Abs. 1 führt dazu, dass die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nicht mehr nur dann möglich ist, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung getroffen hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Künftig ist die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte vielmehr auch dann möglich, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (vgl. auch Begründung zu § 101 Abs. 1 Nr. 3a - neu). Die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen kann damit selbst in überversorgten Gebieten in Betracht kommen und stellt eine Ergänzung des bereits bestehenden Instruments der Sonderbedarfszulassung dar.	Selbst erklärend. So langsam erkennt auch der Gesetzgeber die verheerenden Folgen einer mehr als 1 Jahrzehnt vom Arztstudium abratenden und das Ansehen der Ärzteschaft in der Bevölkerung herabsetzenden Politik: Es fehlt der ärztliche Nachwuchs – und das bei steigender Lebenserwartung, Überalterung und entsprechend sich verändernder Morbidität der Bevölkerung.
§ 121a SGB V Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen	§ 121a SGB V Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen	§ 121a SGB V Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Die Krankenkassen dürfen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) nur erbringen lassen durch 1. Vertragsärzte, 2. ermächtigte Ärzte, 3. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder 4. zugelassene Krankenhäuser, denen die zuständige Behörde eine Genehmigung nach Absatz 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. ² 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 Emb-	(1) 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. ² 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 Emb-	(1) 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. ² 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 Emb-	Es wird klargestellt, dass auch der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 geschaffene neue vertragsärztliche Leistungserbringer "medizinisches Versorgungszentrum" Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erbringen darf, wenn die zuständige Behörde eine Genehmigung nach § 121a Abs. 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Zwar zählen medizinische Versorgungszentren zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen, die an sich bereits in der bisherigen Nummer 3 der Vorschrift genannt sind. Doch ist in Nummer 3 nur von ermächtigten, nicht aber von zuge-	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
ryonen besteht.	ryonen besteht.	ryonen besteht.	lassenen Einrichtungen die Rede.	
§ 140b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen	§ 140b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen	§ 140b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen	Begründung	Kommentar
(4) ¹ Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen in soweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. ² Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht. ³ Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.	(4) ¹ Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen in soweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. ² Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2007 abgeschlossen werden, nicht. ³ Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.	(4) ¹ Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen in soweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. ² Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen werden, nicht. ³ Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.	Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung in § 140d. <u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung.	Selbst erklärend.
§ 140d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung	§ 140d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung	§ 140d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. ² Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. ³ Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind	(1) ¹ Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2007 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. ² Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. ³ Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind	(1) ¹ Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. ² Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. ³ Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind	Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erfolgt im Hinblick auf die Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung (siehe Änderung der §§ 85a bis d). Diese Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen. Zu vereinbaren ist künftig ein mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten jeweils verbundener Behandlungsbedarf. Mit dem Inkrafttreten dieser Regelung richtet sich die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Morbidi-	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. ⁴Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. ⁵Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszus zahlen.</p>	<p>ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. ⁴Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. ⁵Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von vier Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszus zahlen.</p>	<p>ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. ⁴Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. ⁵Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel spätestens zum 31. März 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszus zahlen.</p>	<p>tät (Krankheitslast) und damit dem Versorgungsbedarf der in diesem System behandelten Patienten. Solange hingegen ein fixes, unabhängig vom Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen gezahltes Budget (als Summe der Kopfpauschalen) vereinbart wird, muss dieses Vergütungsvolumen im Nachhinein um Leistungsanteile, die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, bereinigt werden. Die Entwicklung in der Vergangenheit hat gezeigt, dass zur Beförderung der integrierten Versorgung vereinfachte Regelungen zu deren Finanzierung erforderlich sind, komplizierte Bereinigungsvorschriften hingegen den Aufbau integrierter Versorgungssysteme massiv behindern. Deshalb wird die Anschubfinanzierung verlängert.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006 zu Satz 1:</u> Da die Neuregelung der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung zum 1. Januar 2009 erfolgt, ist die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung bis zum 31. Dezember 2008 zu verlängern.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006 zu Satz 5:</u> Mittel der Anschubfinanzierung sind spätestens drei Jahre nach Einbehaltung zu verwenden, nicht verwendete Mittel zurückzuzahlen. Die Regelung stellt klar, dass nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung nach Ablaufs des Zeitraums der Anschubfinanzierung, also spätestens zu Beginn des Jahres 2009, zurückzuzahlen sind. Damit wird gewährleistet, dass die zum 1. Januar 2009 erfolgte Neuordnung in der Vergütungsstruktur in der ambulanten Versorgung nicht durch Verrechnungen, die aus der bisherigen Vergütung resultieren, belastet werden..</p>	
<p>(2) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der in-</p>	<p>(2) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2007 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der in-</p>	<p>(2) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der in-</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung</p>	<p>Selbst erklärend.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
tegrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. ² Der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. ³ Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.	tegrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. ² Der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. ³ Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.	tegrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. ² Der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. ³ Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.		
(4) ¹ Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.	(4) ¹ Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden bis zum 31. Dezember 2007 nur die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.	(4) ¹ Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden bis zum 31. Dezember 2008 nur die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.	Es wird klargestellt, dass die mit § 140d Abs. 4 vorgegebene Begrenzung der Finanzierung auf Leistungen, die zusätzlich zu den bereits in den Krankenhausbudgets enthaltenen Leistungen erbracht werden, nur bis zum 31. Dezember 2007 gilt. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden ab dem 1. Januar 2008 die Leistungen der integrierten Versorgung, soweit sie bis zu diesem Zeitpunkt noch im Rahmen der Krankenhausbudgets finanziert werden, vollständig aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert. Die entsprechenden Budgetbereinigungen schreiben die Neuregelungen des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung vor. Ab dem 1. Januar 2008 werden diese Leistungen somit allein nach den Regelungen der integrierten Versorgung verhandelt und finanziert.	Selbst erklärend. Aber kaum einer glaubt, dass es beim Enddatum 2007 bleiben wird.
Zwölfter Abschnitt Beziehungen zu Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum	Zwölfter Abschnitt Beziehungen zu Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum	Zwölfter Abschnitt. Beziehungen zu Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist	Änderung erfolgte erst in letzter Minute.	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p style="text-align: center;">§ 140e SGB V</p> <p style="text-align: center;">Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum</p>	<p style="text-align: center;">§ 140e SGB V</p> <p style="text-align: center;">Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum</p>	<p style="text-align: center;">§ 140e SGB V</p> <p style="text-align: center;">Verträge mit Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408171 anzuwenden ist</p>	<p>Änderung erfolgte erst in letzter Minute.</p>	
<p>Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abschließen.</p>	<p>Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abschließen.</p>	<p>Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 in Staaten abschließen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408171 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2) in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 13, die es den Versicherten ermöglicht, zusätzlich zu den Leistungserbringern in Staaten des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auch Leistungserbringer aus der Schweiz in Anspruch zu nehmen (Einzelheiten vgl. Begründung zu § 13). Die Änderung des § 140e eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten auch mit Leistungserbringern in der Schweiz Verträge abzuschließen. Versicherte können damit auch von diesen Leistungserbringern in der Schweiz Sachleistungen erhalten.</p>	<p>Änderung vor allem zugunsten der Schweiz.</p>
<p style="text-align: center;">§ 140f SGB V</p> <p style="text-align: center;">Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten</p>	<p style="text-align: center;">§ 140f SGB V</p> <p style="text-align: center;">Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten</p>	<p style="text-align: center;">§ 140f SGB V</p> <p style="text-align: center;">Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten</p>	<p style="text-align: center;">Begründung</p>	<p style="text-align: center;">Kommentar</p>
<p>(2) ¹Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ²Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. ³Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder</p>	<p>(2) ¹Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. ⁴Die</p>	<p>(2) ¹Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. ⁴Die sachkun-</p>	<p>Mit der Änderung wird der Umfang des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter klargestellt. Ihr Mitberatungsrecht beinhaltet nicht nur, dass sie mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen können, sondern auch das Recht zur Anwe-</p>	<p>Die Regelung versteht nur, wer den internen Streit im Gemeinsamen Bundesausschuss und die ganzen damit zusammenhängenden auch verfassungsrechtlichen Fragen (z.B. „dritte Bank“) kennt.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. ⁴ Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen.	sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. ⁵ Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen.	digen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. ⁵ Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen.	senheit bei der Beschlussfassung. Dies gilt für die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Beirates der Arbeitsgemeinschaften für Aufgaben der Datentransparenz (§ 140f Abs. 2), für Beratungen der Landesausschüsse, der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (§ 140f Abs. 3) sowie für Beratungen im Zusammenhang mit den im § 140f Abs. 4 genannten Regelungskomplexen. Die Klarstellung ist erforderlich, weil in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen, wie die Begriffe Mitberatung und Patientenbeteiligung auszulegen sind.	
(3) ¹ In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ² Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. ³ Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.	(3) ¹ In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ² Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³ Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. ⁴ Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.	(3) ¹ In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ² Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³ Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. ⁴ Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.	Mit der Änderung in Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa wird ein redaktionelles Versehen korrigiert.	Selbst erklärend.
(4) ¹ Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 84 Abs. 7 Satz 6, §§ 111b, 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 2, §§ 132a und 132b Abs. 2 vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Rich-	(4) ¹ Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 84 Abs. 7 Satz 6, §§ 111b, 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 2, §§ 132a und 132b Abs. 2 vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Rich-	(4) ¹ Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 84 Abs. 7 Satz 6, §§ 111b, 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 2, §§ 132a und 132b Abs. 2 vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Rich-		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>tlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. ²Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.</p>	<p>tlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.</p>	<p>tlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.</p>		<p>Selbst erklärend.</p>
<p>(5) ¹Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung. ²Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.</p>	<p>(5) ¹Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. ²Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.</p>	<p>(5) ¹Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. ²Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.</p>	<p>Mit der Regelung wird eine Aufwandsentschädigung für Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Beteiligung in den Entscheidungsgremien für die benannten sachkundigen Personen mit einem erheblichen Aufwand an Zeit und Sachmitteln verbunden ist, der nicht allein durch die Erstattung von Reisekosten – wie bisher vorgesehen – aufgefangen werden kann. In Anlehnung an die Regelungen des SGB IV für die Entschädigung der ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien der Sozialversicherungsträger erhalten Patientinnenvertreterinnen und -vertreter eine Entschädigung, die die Erstattung des Verdienstauffalls und die Leistung eines Pauschbetrages für Zeitaufwand bei Sitzungen und für die Sitzungsvorbereitung umfasst.</p> <p>Durch die Regelung zum Verdienstauffall wird den Patientinnenvertreterinnen und -vertretern der unmittelbar durch eine Sitzung sowie der durch die An- und Abreise zur Sitzung entgangene Verdienst ersetzt. Die Erstattung ist in entsprechender Anwendung von § 41 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IV auf maximal 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18</p>	<p>Selbst erklärend.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>SGB IV; z.Zt. 32,67 Euro) pro Stunde der veräumten regelmäßigen Arbeitszeit begrenzt und wird für höchstens zehn Stunden je Kalendertag geleistet; dabei ist die letzte angefangene Stunde voll zu rechnen.</p> <p>Der Pauschbetrag für Zeitaufwand soll in Anlehnung an § 41 Abs. 3 SGB IV einen gewissen Ausgleich schaffen für die in Zusammenhang mit einer Sitzung zusätzlich einzusetzende Zeit, insbesondere auch für die Vorbereitung der Sitzung. Die Festsetzung auf 1/50 der monatlichen Bezugsgröße (z.Zt. 49 Euro) für jeden Sitzungstag orientiert sich an der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung, die in ihrer Fassung aus dem Jahre 1999 einen Pauschbetrag zwischen 50 DM (ca. 26,00 Euro) und 100,00 DM (ca. 51 Euro) für angemessen hält. Dabei findet Berücksichtigung, dass die als sachkundige Personen benannten Patientenvertreterinnen und -vertreter in einer Vielzahl von Fällen sowohl für die Sitzung selbst als auch für die Sitzungsvorbereitung ihre Freizeit aufwenden und lediglich die Zeitaufwandsentschädigung erhalten, weil sie keinen Verdienstaustausch nachweisen können.</p>	
§ 222 SGB V Befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen	§ 222 SGB V Befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen	§ 222 SGB V Befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen		
neu	neu	(6) In der Satzung der Krankenkasse sind die Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung und für Finanzhilfen im Rahmen der Kassenart nach § 265a aufgewendet werden, gesondert auszuweisen.	<p>Begründung vom 25.10.2006:</p> <p>Verschuldete Krankenkassen müssen in ihrer Satzung ausweisen, welcher Anteil des von ihnen erhobenen Beitragssatzes für die Schuldentilgung aufgewandt wird. Gleiches gilt für Finanzhilfen, die im Rahmen der Regelungen nach § 265a SGB V zur Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kassenart geleistet werden. Durch die Regelung wird eine erhöhte Transparenz für die Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse hergestellt. Ergänzend zu dieser Regelung hat das Bundesministerium für Gesundheit durch einen Erlass die Möglichkeit, den Krankenkassen im Rah-</p>	Das wird viel Ärger verursachen. Man darf auf die Zahlenausweisung gespannt sein.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			men der Vorschriften der monatlichen Statistik über die Mitglieder und Beitragsätze (KM1) eine entsprechende getrennte Ausweisung vorzugeben.	
§ 265a SGB V Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit	§ 265a SGB V Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit	§ 265a SGB V Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit und zur Entschuldung		
(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versicherungszahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.	(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versicherungszahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.	(1) Die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen haben mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen a) in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit oder b) zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Abweichend von § 64 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches können die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen nach Satz 1 Buchstabe b mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden.	Begründung vom 25.10.2006: Durch die Neufassung des § 265a werden die bisherigen Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse oder zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit verpflichtend ausgestaltet und um die Zwecksetzung der Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen der Kassenart bis zum 31. Dezember 2007 erweitert. Hierdurch wird den derzeit noch verschuldeten Krankenkassen die Erreichung des in § 222 Abs. 5 gesetzlich vorgegebenen Ziels der Entschuldung bis zum 31. Dezember 2007 erleichtert. Eine termingerechte Entschuldung der noch verschuldeten Krankenkassen ist auch deshalb erforderlich, damit bei Einführung der neuen Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009 alle Krankenkassen schuldenfrei in das neue Wettbewerbssystem starten können.	Sachlich gehören diese Regelungen eigentlich in das GKV-WSG, weil sie nur vor dem Hintergrund des geplanten Gesundheitstopfes zu erklären sind.
(2) ¹ Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. ² Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil.	(2) ¹ Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. ² Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil.	(2) ¹ Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. ² Die Hilfen nach Absatz 1 Satz 1 können als Darlehen gewährt und befristet werden. ³Sie sollen mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.	Begründung vom 25.10.2006: In Bezug auf die Gewährung finanzieller Hilfen zur Entschuldung sollen die nach Absatz 2 Satz 2 vorgesehenen Auflagen sich auf die Sanierung der verschuldeten Krankenkassen erstrecken. Außerdem wird die Regelung über die für die Verabschiedung der entsprechenden Satzungsregelung erforderliche Mehrheit geändert, um die verbandsinternen Meinungsbildungsprozesse über die Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a, die sich in der Vergangenheit als sehr aufwendig erwiesen haben, zu erleichtern. Schließlich wird die bisherige Regelung, wonach Krankenkassen an der Finanzierung einer Hilfe in einer	Dto.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			besonderen Notlage einer Krankenkasse nicht teilnehmen, wenn ihr Landesverband der Hilfestellung nicht zugestimmt hat (§ 265a Abs. 2 Satz 2 und 3 bisheriger Fassung), nicht übernommen. Da die Entschuldung der Krankenkassen Aufgabe aller Mitglieder der Kassenart ist, kann es nicht zur Disposition der Landesverbände stehen, ob ihre Mitgliedskassen sich an der Finanzierung hierfür beteiligen.	
neu	neu	(3) Die Satzungsbestimmungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b sind bis zum 31. Januar 2007 zu beschließen und müssen sicherstellen, dass der Umfang der Hilfeleistungen ausreicht, um bei den Krankenkassen der Kassenart den Abbau der am 31. Dezember 2005 bestehenden Verschuldung nach § 222 bis zum 31. Dezember 2007 zu gewährleisten. Die Satzung hat zu bestimmen, in welchem Umfang die Antrag stellende Krankenkasse zu diesem Zweck ihren allgemeinen Beitragssatz anheben muss. Bei der Aufteilung der Hilfen nach Satz 1 ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Kassenart, insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven, angemessen zu berücksichtigen.	Begründung vom 25.10.2006: Die Regelung enthält nähere Vorgaben für die Ausgestaltung der Satzungsregelung über die Entschuldung der Krankenkassen der Kassenart. Ziel der Regelung ist es, eine termingerechte Entschuldung zu gewährleisten. Zugleich wird klargestellt, dass nur die Krankenkassen Anspruch auf Unterstützung durch die anderen Krankenkassen der Kassenart haben, die ihrer Verpflichtung, die Verschuldung entsprechend der Vorgaben der Satzung des Spitzenverbands durch Eigenleistungen zu tilgen, nachkommen. Die Satzungen haben zudem die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Mitgliedskassen bei der Aufbringung der erforderlichen Finanzhilfen zu berücksichtigen.	
neu	neu	(4) Abweichend von Absatz 3 Satz 1 können die Satzungsregelungen der Spitzenverbände nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b vorsehen, dass die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 abzubauen ist, wenn der jeweilige Spitzenverband bis zum 31. Januar 2007 nachprüfbar darlegt, warum auf Grund der besonderen Umstände bei Krankenkassen seiner Kassenart die Verschuldung nicht bis zum 31. Dezember 2007 abgebaut werden kann und wie der Abbau der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 erfolgen soll.	Begründung vom 25.10.2006: Die Regelung ermöglicht den Spitzenverbänden der Krankenkassen, in ihren Satzungen vorzusehen, dass sich der Zeitraum für den Abbau der Verschuldung nach § 222 bis zum 31. Dezember 2008 verlängert, wenn auf Grund der Besonderheiten bei Krankenkassen der betroffenen Kassenart das Entschuldungsziel nicht bis zum 31. Dezember 2007 erreicht werden kann. Sie trägt damit den unterschiedlichen Gegebenheiten der einzelnen Kassenarten, insbesondere der unterschiedlichen Verschuldungshöhe, Rechnung. Voraussetzung für die Anwendung der Sonderregelung ist, dass der Spitzenverband nachprüfbar darlegt, warum eine Entschuldung	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak <u>Hinweise:</u> Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			nicht bis zum 31. Dezember 2007 möglich ist und wie die Entschuldung bis zum 31. Dezember 2008 erreicht werden kann. Die Darlegungen des Spitzenverbands sind vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Genehmigung der entsprechenden Satzungsregelung zu prüfen. Die verfahrensrechtlichen Vorgaben für den Erlass der Satzungsregelungen zur Entschuldung bleiben unverändert.	
neu	neu	(5) Krankenkassen, die am 31. Dezember 2005 eine Verschuldung aufweisen, haben bis zum 31. Januar 2007 ihrer Aufsichtsbehörde nachprüfbar darzulegen, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 beseitigt werden soll.	Begründung vom 25.10.2006: Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen, die am 31. Dezember 2005 auf der Basis der Jahresrechnungsergebnisse 2005 eine Verschuldung aufweisen, zur Vorlage eines Sanierungsplans, aus dem sich ergibt, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 beseitigt werden soll. Die Aufsichtsbehörde hat darauf hinzuwirken, dass die Festlegungen des Sanierungsplans eingehalten werden.	
neu	neu	(6) Klagen gegen Bescheide zur Umsetzung der Satzungsregelung nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b haben keine aufschiebende Wirkung.	Begründung vom 25.10.2006: Um sicherzustellen, dass die Entschuldung aller Krankenkassen termingerecht erreicht werden kann, wird die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen die Zahlungsbescheide, mit denen die kassenarteninternen Hilfen angefordert werden, ausgeschlossen.	
§ 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	§ 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	§ 268 SGB V Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Die Versichertengruppen nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs. 2 Satz 3 sind vom 1. Januar 2007 an abweichend von § 266 nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, die zugleich 1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,	(1) ¹ Die Versichertengruppen nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs. 2 Satz 3 sind vom 1. Januar 2009 an abweichend von § 266 nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, die zugleich 1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,	(1) ¹ Die Versichertengruppen nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs. 2 Satz 3 sind vom 1. Januar 2009 an abweichend von § 266 nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, die zugleich 1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,	Durch die Regelung wird die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich auf den 1. Januar 2009 verschoben. Diese Verschiebung ist durch den zwischenzeitlichen Zeitablauf erforderlich geworden.	Selbst es mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich 2009 damit was wird, mag auch noch niemand so recht glauben.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,</p> <p>3. Anreize zu Risikoselektion verringern,</p> <p>4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und</p> <p>5. praktikabel und kontrollierbar sind.</p> <p>²Im Übrigen gilt § 266.</p>	<p>2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,</p> <p>3. Anreize zu Risikoselektion verringern,</p> <p>4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und</p> <p>5. praktikabel und kontrollierbar sind.</p> <p>²Im Übrigen gilt § 266.</p>	<p>2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,</p> <p>3. Anreize zu Risikoselektion verringern,</p> <p>4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und</p> <p>5. praktikabel und kontrollierbar sind.</p> <p>²Im Übrigen gilt § 266.</p>		
<p>(2) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung regelt bis zum 30. Juni 2004 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. ²Dabei ist ein einvernehmlicher Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Bestimmung der Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren sowie ihrer Klassifikationsmerkmale nach Absatz 1 einzubeziehen. ³Bei der Gruppenbildung sind auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen. ⁴In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt. ⁵Für die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale gibt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. ⁶Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen ist.</p>	<p>(2) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. ²Dabei ist ein einvernehmlicher Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Bestimmung der Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren sowie ihrer Klassifikationsmerkmale nach Absatz 1 einzubeziehen. ³Bei der Gruppenbildung sind auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen. ⁴In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt. ⁵Für die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale gibt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. ⁶Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen ist.</p>	<p>(2) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. ²Dabei ist ein einvernehmlicher Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Bestimmung der Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren sowie ihrer Klassifikationsmerkmale nach Absatz 1 einzubeziehen. ³Bei der Gruppenbildung sind auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen. ⁴In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt. ⁵Für die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale gibt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. ⁶Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen ist.</p>	<p>Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Termins für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich in Buchstabe a. Auf Grund des Zeitablaufs muss auch der Zeitpunkt für den Erlass der Rechtsverordnung, die das Nähere zur Umsetzung regelt, entsprechend verschoben werden.</p>	<p>Selbst erklärend.</p>
<p>(3) ¹Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 Satz 5 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2001 und 2002 als Stichproben entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die Versicherten-</p>	<p>(3) ¹Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 Satz 5 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2001 und 2002 als Stichproben entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die Versicherten-</p>	<p>(3) ¹Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 Satz 5 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2001 und 2002 als Stichproben entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die Versicherten-</p>		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>tentage und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen¹³Die Rechtsverordnung bestimmt außerdem, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu erheben sind, sowie Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung; im Übrigen gilt § 267.</p>	<p>tentage und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen¹³Die Rechtsverordnung bestimmt außerdem, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für seine weitere Entwicklung zu erheben sind, sowie Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung; im Übrigen gilt § 267.</p>	<p>tage und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen¹³Die Rechtsverordnung bestimmt außerdem, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für seine weitere Entwicklung zu erheben sind, sowie Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung; im Übrigen gilt § 267.</p>	<p>Die Regelung stellt klar, dass in der Rechtsverordnung auch die Erhebung von Daten vorgesehen werden kann, die zwar nicht unmittelbar für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich sind, die aber benötigt werden, um die finanziellen Auswirkungen einer weiteren Entwicklung des Risikostrukturausgleichs zu überprüfen. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (2 BvF 2/01) festgestellt hat, ist der Gesetzgeber verfassungsrechtlich verpflichtet, die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu beobachten und gegebenenfalls nachzubessern, wenn sich herausstellt, dass er die angestrebten Ziele, die Herstellung des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten und die wirksame Verringerung der Risikoselektionsspielräume der Krankenkassen, nicht mehr in ausreichendem Maß erreicht.</p> <p>Dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht kann der Gesetzgeber aber nur dann nachkommen, wenn die erforderlichen Datengrundlagen hierfür zur Verfügung stehen. Andernfalls wäre eine Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß einzelne Änderungen des Risikostrukturausgleichs geeignet sind, seine Zielgenauigkeit zu erhöhen, oder – im Gegenteil – dazu führen, dass der Grad der Zielerreichung herabgesetzt wird, nicht möglich.</p> <p>Aus diesem Grund wird der Ordnungsgeber ermächtigt, in der Risikostrukturausgleichsverordnung vorzusehen, dass die Krankenkassen auch solche Daten zu erheben haben, die für die Erfüllung dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht erforderlich sind. Hierbei kann es sich aber nur um</p>	<p>Trägt Anforderungen des Datenschutzes Rechnung.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			solche Daten handeln, die in Absatz 3 Satz 1 genannt sind. Die Erhebung weiterer Daten darf der Ordnungsgeber nicht vorsehen.	
§ 285 SGB V Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	§ 285 SGB V Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	§ 285 SGB V Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	Begründung	Kommentar
(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 83 Abs. 2 und § 305 genannten Aufgaben erforderlich ist.	(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 106a und § 305 genannten Aufgaben erforderlich ist.	(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 106a und § 305 genannten Aufgaben erforderlich ist.	Die mit der Änderung vorgenommene Ersetzung des Verweises auf § 83 Abs. 2 durch die Angabe „§ 106a“ ist eine redaktionelle Richtigstellung in Folge der GMG-Neuregelung der Abrechnungsprüfung in § 106a.	Trägt Anforderungen des Datenschutzes Rechnung.
(3) ¹ Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. ² Die nach Absatz 1 Nr. 6 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten dürfen den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 17a der Röntgenverordnung übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist.	(3) ¹ Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. ² Die nach Absatz 1 Nr. 6 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten dürfen den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 17a der Röntgenverordnung übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist. ³ Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 1, 2, 4, 5 und 6 genannten Aufgaben erforderlich ist.	(3) ¹ Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. ² Die nach Absatz 1 Nr. 6 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten dürfen den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 17a der Röntgenverordnung übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist. ³ Sie dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte genannten Aufgaben erforderlich ist.	Die Regelungen in Satz 3 und 4 sind aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich. Eine Übermittlung personenbezogener (arzt- und versichertenbezogener) Daten unter Kassenärztlichen Vereinigungen sowie darüber hinaus zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen war bislang zur Erfüllung der Aufgaben der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nach diesem Gesetzbuch nicht erforderlich und deshalb nicht zulässig. Mit der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus (vgl.	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV) ist dieses Übermittlungsverbot durch die Neuregelungen in Satz 3 einzuschränken. Die Übermittlung personenbezogener Daten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist für die ordnungsgemäße Durchführung der arztbezogenen Steuerungsinstrumente (Regelleistungsvolumen, Richtgrößen, Qualitätsprüfungen) notwendig. Durch die Nennung der darauf bezogenen Ziffern der in Absatz 1 genannten Zwecke wird der Aufgabenumfang, für den die Datenübermittlung zulässig ist, eindeutig klargestellt.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, mit der klargestellt wird, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen von Vertrags(zahn)ärzten das Recht haben, das Vorliegen der bereits heute geregelten Vertretungsvoraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)arzt oder beim Vertreter zu überprüfen. Mit der hier vorgenommenen Ergänzung des § 285 Abs. 3 wird die Möglichkeit geschaffen, die hierfür benötigten Daten unmittelbar bei anderen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen einzuholen.</p>	
neu	<u>4Die zuständige Kassenärztliche und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der medizinischen Versorgungszentren, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist.</u>	<u>4Die zuständige Kassenärztliche und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der medizinischen Versorgungszentren, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist. 5Sie dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für</u>	(Begründung aus dem Regierungsentwurf vom 30.08.2006) Die Regelung in Satz 4 ermöglicht einen Datenaustausch zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zum Zweck der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung (z.B. Verhinderung von Doppelabrechnungen) von solchen medizinischen Versorgungszentren, in denen Ärzte und Zahnärzte gemeinsam beschäftigt werden und demnach erbrachte Leistungen zum einen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und zum anderen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnen. Die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und	Sollten zwar vom BSG eingeforderten, bisher in der Praxis aber nicht funktionierenden Datenaustausch zwischen KVen und KZVen regeln. Warum die Regelung nicht in den Gesetzestext übernommen wurde, ist nicht ersichtlich. Mit der Einfügung des neuen Satzes 5 sollen vor allem die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zur Überprüfung von Vertretertätigkeiten geschaffen werden.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
		Vertragszahnärzte genannten Aufgaben erforderlich ist.	Zahnärzten wird durch die Ergänzung in § 33 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV den medizinischen Versorgungszentren ermöglicht (Artikel 5 Nr. 11 Buchstabe a) bzw. Artikel 6 Nr. 11 Buchstabe a). <u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, mit der klargestellt wird, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen von Vertrags(zahn)ärzten das Recht haben, das Vorliegen der bereits heute geregelten Vertretungsvoraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)arzt oder beim Vertreter zu überprüfen. Mit der hier vorgenommenen Ergänzung des § 285 Abs. 3 wird die Möglichkeit geschaffen, die hierfür benötigten Daten unmittelbar bei anderen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen einzuholen.	

Artikel 2
Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 6 BPfIV Grundsatz der Beitragsstabilität	§ 6 BPfIV Grundsatz der Beitragsstabilität	§ 6 BPfIV Grundsatz der Beitragsstabilität	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Ab dem Jahr 2000 ist nach den Vorgaben des § 3 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und dem Budget nach § 12 sowie auf Grund von Modellvorhaben nach § 26 zu vereinbaren. ² Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: 1. Verkürzungen der Verweildauern, 2. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen, 3. Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, 4. Leistungen, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, und ab dem Jahr 2007 auch Leistungen im	(1) ¹ Ab dem Jahr 2000 ist nach den Vorgaben des § 3 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und dem Budget nach § 12 sowie auf Grund von Modellvorhaben nach § 26 zu vereinbaren. ² Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: 1. Verkürzungen der Verweildauern, 2. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen, 3. Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, 4. Leistungen, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, und ab dem Jahr 2008 auch Leistungen im	(1) ¹ Ab dem Jahr 2000 ist nach den Vorgaben des § 3 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und dem Budget nach § 12 sowie auf Grund von Modellvorhaben nach § 26 zu vereinbaren. ² Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: 1. Verkürzungen der Verweildauern, 2. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen, 3. Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, 4. Leistungen, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, und ab dem Jahr 2009 auch Leistungen im	In Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V um ein Jahr wird entsprechend die Frist für die Ausgliederung dieser Leistungen aus dem Krankenhausbudget angepasst. <u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Vorschrift nimmt eine Änderung in Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung vor. Da der Altbestand an Leistungen bei der derzeit geltenden Regelung für die Anschubfinanzierung in den Krankenhausbudgets verblieben ist,	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, und 5. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5. ...	Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, und 5. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5. ...	Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, und 5. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5. ...	müssen diese Leistungen nach Ablauf der Anschubfinanzierung aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert werden, soweit sie ab dem Jahr 2009 weiterhin im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden.	Selbst erklärend.

Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 KHEntG Grundsatz der Beitragsstabilität	§ 4 KHEntG Grundsatz der Beitragsstabilität	§ 4 KHEntG Grundsatz der Beitragsstabilität	Begründung	Kommentar
<p>(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 für das Jahr 2004, das um eine Basisberichtigung nach § 3 Abs. 3 Satz 5 berichtigt ist; dieses wird</p> <p>1. vermindert um</p> <p>a) die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände,</p> <p>b) voraussichtliche Erlöse für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese Leistungen in dem Erlösbudget 2004 enthalten sind und im Jahr 2005 nach § 6 Abs. 2 vergütet werden,</p> <p>c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,</p> <p>d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,</p> <p>e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden,</p>	<p>(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 für das Jahr 2004, das um eine Basisberichtigung nach § 3 Abs. 3 Satz 5 berichtigt ist; dieses wird</p> <p>1. vermindert um</p> <p>a) die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände,</p> <p>b) voraussichtliche Erlöse für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese Leistungen in dem Erlösbudget 2004 enthalten sind und im Jahr 2005 nach § 6 Abs. 2 vergütet werden,</p> <p>c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,</p> <p>d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,</p> <p>e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden oder ab dem Jahr 2008 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Ausgangswert enthalten sind,</p> <p>f) die nach Absatz 10 auszugliedernden</p>	<p>(2) Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2005 ist das vereinbarte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 für das Jahr 2004, das um eine Basisberichtigung nach § 3 Abs. 3 Satz 5 berichtigt ist; dieses wird</p> <p>1. vermindert um</p> <p>a) die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände,</p> <p>b) voraussichtliche Erlöse für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit diese Leistungen in dem Erlösbudget 2004 enthalten sind und im Jahr 2005 nach § 6 Abs. 2 vergütet werden,</p> <p>c) Finanzierungsbeträge nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung, soweit deren Finanzierungsgrund entfallen ist,</p> <p>d) anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden,</p> <p>e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden oder ab dem Jahr 2009 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Erlösbudget enthalten sind,</p> <p>f) die nach Absatz 10 auszugliedernden</p>	<p>Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden alle Leistungen der integrierten Versorgung mit den vertraglich vereinbarten Entgelten vergütet. Soweit ein Teil der integrierten Leistungen derzeit noch über das Krankenhausbudget finanziert wird, ist dieser Teil zum 1. Januar 2008 aus den Krankenhausbudgets auszugliedern.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Regelung nimmt eine Änderung in Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung vor. Da der Altbestand an Leistungen bei der derzeit gelten-</p>	<p>Selbst erklärend. Auch hier darf aber bezweifelt werden, dass es bei dem Datum 2008</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>f) die nach Absatz 10 auszugliedern- den Leistungen für ausländische Patien- ten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind,</p> <p>g) die Ausgliederung der Ausbildungsstät- ten und der Mehrkosten der Ausbil- dungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfi- nanzierungsgesetzes,</p> <p>2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,</p> <p>3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Abs. 1.</p> <p>4. (weggefallen)</p>	<p>Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind,</p> <p>g) die Ausgliederung der Ausbildungsstät- ten und der Mehrkosten der Ausbil- dungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfi- nanzierungsgesetzes,</p> <p>2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,</p> <p>3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Abs. 1.</p> <p>4. (weggefallen)</p>	<p>Leistungen für ausländische Patienten, soweit diese in dem Gesamtbetrag für das Jahr 2004 enthalten sind,</p> <p>g) die Ausgliederung der Ausbildungsstät- ten und der Mehrkosten der Ausbil- dungsvergütungen nach Maßgabe des § 17a Abs. 4 Satz 3 des Krankenhausfi- nanzierungsgesetzes,</p> <p>2. bereinigt um darin enthaltene Ausgleiche und Ausgleichszahlungen auf Grund von Berichtigungen für Vorjahre,</p> <p>3. verändert um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen nach § 6 Abs. 1.</p> <p>4. (weggefallen)</p>	<p>den Regelung für die Anschubfinanzierung in den Krankenhausbudgets verblieben ist, müssen diese Leistungen nach Ablauf der Anschubfinanzierung aus den Krankenhaus- budgets ausgegliedert werden, soweit sie ab dem Jahr 2009 weiterhin im Rahmen der in- tegrierten Versorgung erbracht werden .</p>	<p>bleibt.</p>
<p style="text-align: center;">§ 19 KHEntG Kostenerstattung der Ärzte</p>	<p style="text-align: center;">§ 19 KHEntG Kostenerstattung der Ärzte</p>	<p style="text-align: center;">§ 19 KHEntG Kostenerstattung der Ärzte</p>		
<p>(2) ¹Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. ²Beruhet die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Lei- stungen nach § 17 Abs. 3 gesondert zu be- rechnen, auf einem mit dem Krankenhausträ- ger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag oder einer vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt ab- weichend von Satz 1 verpflichtet, dem Kran- kenhaus in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflege- satzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kos- ten zu erstatten.</p>	<p>(2) ¹Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. ²Beruhet die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Lei- stungen nach § 17 Abs. 3 gesondert zu be- rechnen, auf einem mit dem Krankenhausträ- ger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag oder einer vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt ab- weichend von Satz 1 verpflichtet, dem Kran- kenhaus in den Jahren 2005 und 2006 die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflege- satzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kos- ten zu erstatten.</p>	<p>(2) ¹Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. ²Beruhet die Berechtigung des Arztes, wahl- ärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 geson- dert zu berechnen, auf einem mit dem Kran- kenhausträger vor dem 1. Januar 1993 ge- schlossenen Vertrag oder einer vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt abweichend von Satz 1 verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahllei- stungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderung- sgesetz vom 15. Dezember 2004 wurde die Konvergenzphase für die Einführung der DRG-Fallpauschalen um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2009 verlängert. Als Folge müssen auch die Regelungen zur Kostenerstattung der Ärzte für wahlärztliche Leistungen ent- sprechend verlängert werden. Dazu werden zunächst die bisher genannten Fristen gestri- chen. Eine Neuregelung der Kostenerstattung wird rechtzeitig mit einem gesonderten Ge- setz zum ordnungspolitischen Rahmen der DRG-Finanzierung, das zum 1. Januar 2009 in Kraft treten soll, vorgenommen.</p>	
<p style="text-align: center;">Anlage 1 zum KHEntgG</p>		<p style="text-align: center;">Anlage 1 zum KHEntgG</p>		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –				
Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
Von der Darstellung des Textes wird abgesehen.		Von der Darstellung der Änderung wird abgesehen.	Begründung vom 25.10.2006: Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1 zur Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.	
Artikel 4 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes				
neu	§ 192 SGG [Verschuldenskosten]	§ 192 SGG [Verschuldenskosten]	Begründung	Kommentar
neu	<p>(1a) ¹Betrifft das Verfahren die Anfechtung eines Bescheides der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Zahlung der nach § 28 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlenden Zuzahlung hat das Gericht dem Kläger einen Kostenbetrag mindestens in Höhe des Betrages nach § 184 Abs. 2 für die jeweilige Instanz aufzuerlegen, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Einlegung der Klage missbräuchlich war, 2. die Kassenärztliche Vereinigung spätestens in dem Bescheid den Kläger darauf hingewiesen hat, dass den Kläger die Pflicht zur Zahlung eines Kostenbetrages treffen kann. <p>²Die Gebührenpflicht der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nach § 184 entfällt in diesem Fall.</p>	<p>(1a) ¹Betrifft das Verfahren die Anfechtung eines Bescheides der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Zahlung der nach § 28 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlenden Zuzahlung hat das Gericht dem Kläger einen Kostenbetrag mindestens in Höhe des Betrages nach § 184 Abs. 2 für die jeweilige Instanz aufzuerlegen, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Einlegung der Klage missbräuchlich war, 2. die Kassenärztliche Vereinigung oder Kassenzahnärztliche Vereinigung spätestens in dem Bescheid den Kläger darauf hingewiesen hat, dass den Kläger die Pflicht zur Zahlung eines Kostenbetrages treffen kann. <p>²Die Gebührenpflicht der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nach § 184 entfällt in diesem Fall.</p>	<p>Die vorgeschlagene Regelung betrifft den Fall, dass gegen den vollstreckungsfähigen Bescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) nach § 43b Abs. – neu - SGB V Anfechtungsklage erhoben wird, ohne dass der Kläger gegen die Verpflichtung zur Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V triftige Gründe vorbringen kann.</p> <p>Es wäre unverhältnismäßig, in solchen Fällen, in denen es regelmäßig um einen Betrag in Höhe von 10 € geht (§ 61 SGB V), der KV oder KZV den Pauschalbetrag gemäß § 184 Abs. 2 SGG (150 € für die erste Instanz) abzuverlangen. Eine solche Kostenfolge würde bewirken, dass die KV oder KZV den Zuzahlungsbetrag nicht eintreiben würde, da sie Kosten für das gerichtliche Verfahren befürchten muss, die den Zuzahlungsbetrag um das 15-fache übersteigen würden. Dadurch besteht auch die Gefahr der „Missachtung“ der Praxisgebühr.</p> <p>Dagegen ist es gerechtfertigt in solchen Fällen diese Gebühr dem Kläger als Missbrauchsgebühr aufzuerlegen. Die genauen Voraussetzungen sind in Satz 1 Nr. 1 und 2 der vorgeschlagenen Regelung genannt: Die Anfechtungsklage muss missbräuchlich, d.h. von vornherein ohne Aussicht auf Erfolg sein. Das ist z. B. der Fall, wenn die Regelung des § 28 Abs. 4 SGB V generell angegriffen wird oder im Gesetz nicht vorgesehene Ausnahmen geltend gemacht werden.</p> <p>Außerdem muss der Versicherte von der KV oder KZV auf die Möglichkeit einer negativen</p>	<p>Der Gesetzgeber sanktioniert die Nichtzahlung der Praxisgebühr auf einem sehr verklausulierten Wege, statt dafür den einfachen, im Sozialgerichtsverfahren sonst aber nicht geltenden Grundsatz zu übernehmen, dass der Patient die Prozesskosten bezahlt, wenn er den Prozess verliert.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –				
Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>Kostenfolge hingewiesen worden sein. Ein erneuter Hinweis durch den Vorsitzenden des Gerichts – wie in der in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 enthaltenen Verschuldensregelung – ist dann nicht mehr erforderlich.</p> <p>Als verursachter Kostenbetrag gilt entsprechend § 192 Abs. 1 Satz 3 mindestens der Betrag nach § 184 Abs. 2.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Beseitigung eines redaktionellen Versehens.</p>	
(2) ¹ Die Entscheidung nach Absatz 1 wird in ihrem Bestand nicht durch die Rücknahme der Klage berührt. ² Sie kann nur durch eine zu begründende Kostenentscheidung im Rechtsmittelverfahren aufgehoben werden.	(2) ¹ Die Entscheidung nach Absatz 1 und Absatz 1a wird in ihrem Bestand nicht durch die Rücknahme der Klage berührt. ² Sie kann nur durch eine zu begründende Kostenentscheidung im Rechtsmittelverfahren aufgehoben werden.	(2) ¹ Die Entscheidung nach Absatz 1 und Absatz 1a wird in ihrem Bestand nicht durch die Rücknahme der Klage berührt. ² Sie kann nur durch eine zu begründende Kostenentscheidung im Rechtsmittelverfahren aufgehoben werden.		Das schafft alles sinnlose Arbeit für die Richter.
Artikel 5 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte				
Abschnitt I. Arztregister	Abschnitt I. Arztregister	Abschnitt I. Arztregister		
§ 1 Ärzte-ZV [Führung des Arztregisters, Geltungsbereich]	§ 1 Ärzte-ZV [Führung des Arztregisters, Geltungsbereich]	§ 1 Ärzte-ZV [Führung des Arztregisters, Geltungsbereich]	Begründung	Kommentar
(3) Diese Verordnung gilt für Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte entsprechend.	(3) Diese Verordnung gilt für 1. die Psychotherapeuten und die dort angestellten Psychotherapeuten, 2. die medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie 3. die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend.	(3) Diese Verordnung gilt für 1. die Psychotherapeuten und die dort angestellten Psychotherapeuten, 2. die medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie 3. die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend.	Es handelt sich um eine Klarstellung, dass diese Verordnung auch für die bei medizinischen Versorgungszentren und bei Psychotherapeuten angestellten Psychotherapeuten sowie die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend gilt.	Selbst erklärend.
§ 4 Ärzte-ZV [Antragserfordernisse]	§ 4 Ärzte-ZV [Antragserfordernisse]	§ 4 Ärzte-ZV [Antragserfordernisse]		
(1) ¹ Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ² Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht	(1) ¹ Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ² Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht	(1) ¹ Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ² Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Nach künftig geltendem Recht kann ein Vertrags(zahn)arzt in Bezirken verschiedener Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigungen sog.	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
ihm die Wahl des Arztregisters frei. ³ Die Eintragung in ein weiteres Arztregister ist nicht zulässig.	ihm die Wahl des Arztregisters frei. ³ Die Eintragung in ein weiteres Arztregister ist nicht zulässig.	ihm die Wahl des Arztregisters frei.	Teilzulassungen erhalten. Dieser Vertrags(zahn)arzt soll nicht nur in beiden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen Mitglied, sondern auch in zwei (Zahn)Arztregister eingetragen werden. Aus diesem Grund wird § 4 Abs. 1 Satz 3 gestrichen, der die Eintragung in ein weiteres Arztregister ausschließt.	Das ist eine interessante Option im Zusammenhang mit der Teilzulassung.
Abschnitt III. Bedarfsplanung	Abschnitt III. Bedarfsplanung	Abschnitt III. Bedarfsplanung		
§ 12 Ärzte-ZV [Bedarfsplan]	§ 12 Ärzte-ZV [Bedarfsplan]	§ 12 Ärzte-ZV [Bedarfsplan]	Begründung	Kommentar
(3) Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über <ul style="list-style-type: none"> - die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen, - Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können, - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, - für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. ² Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen für einzelne Arztgruppen sind zulässig.	(3) Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über <ul style="list-style-type: none"> - die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen, - Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können, - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, - für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. ² Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen für einzelne Arztgruppen sind zulässig.	(3) Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über <ul style="list-style-type: none"> - die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen, - Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können, - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, - für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. ² Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen für einzelne Arztgruppen sind zulässig.	Folgeänderung zu der mit den GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) erfolgten Einführung eines Gemeinsamen Bundesausschusses durch § 91 SGB V.	Selbst erklärend.
Abschnitt V. Voraussetzungen für die Zulassung	Abschnitt V. Voraussetzungen für die Zulassung	Abschnitt V. Voraussetzungen für die Zulassung		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 18 Ärzte-ZV [Zulassungsantrag]	§ 18 Ärzte-ZV [Zulassungsantrag]	§ 18 Ärzte-ZV [Zulassungsantrag]	Begründung	Kommentar
<p>(1) ¹Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ²In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragsarztsitz und unter welcher Arztbezeichnung die Zulassung beantragt wird. ³Dem Antrag sind beizufügen</p> <p>a) ein Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,</p> <p>b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten.</p>	<p>(1) ¹Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ²In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragsarztsitz und unter welcher Arztbezeichnung die Zulassung beantragt wird. ³Dem Antrag sind beizufügen</p> <p>a) ein Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,</p> <p>b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten,</p>	<p>(1) ¹Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ²In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragsarztsitz und unter welcher Arztbezeichnung die Zulassung beantragt wird. ³Dem Antrag sind beizufügen</p> <p>a) ein Auszug aus dem Arztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen,</p> <p>b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten,</p>	<p>Die Ersetzung der Wörter "Gebietsbezeichnung" und "Teilgebietsbezeichnung" in der Regelung des § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe a, in der bestimmt ist, welche Unterlagen dem Antrag auf Zulassung beizufügen sind, durch die Wörter "Facharztbezeichnung und Schwerpunktbezeichnung" passt die Terminologie an die in den Weiterbildungsordnungen verwandten Begriffe an; nicht erst § 3 der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO-Ä), sondern bereits die MWBO-Ä aus dem Jahre 1992 sah in § 2 vor, dass der Arzt bei entsprechender Weiterbildung das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung, einer Schwerpunktbezeichnung und einer Zusatzbezeichnung erwerben könne.</p>	<p>Anpassung an die neue MWBO-Ä.</p>
<p>neu</p>	<p>c) <u>gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.</u></p>	<p>c) <u>gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.</u></p>	<p>Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, mit der dem Vertragsarzt ermöglicht wird, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Der neue Buchstabe c sieht daher für den Fall einer Beantragung einer Zulassung vor, dass der Vertragsarzt seinem Zulassungsantrag eine entsprechende Erklärung beizufügen hat, wenn er seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages beschränken möchte. Ist der Arzt bereits im Besitz einer Zulassung bedarf es einer gesonderten Erklärung nach § 19a Abs. 2 - neu -.</p> <p>Für medizinische Versorgungszentren gilt die Vorschrift nach § 1 Abs. 3 nur entsprechend. Dies führt dazu, dass es einem medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich ist, eine Erklärung abzugeben, mit der es seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines medizinischen Versorgungszentrums als einer nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleite-</p>	<p>Selbst erklärend.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>ten Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Ärzte tätig sein müssen.</p> <p>Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass das medizinische Versorgungszentrum unter Berücksichtigung dieser Anforderung – wie bereits nach geltendem Recht – über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen kann. Ebenso möglich ist es, dass die in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeitenden Vertragsärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.</p>	
Abschnitt VI. Zulassung und Kassenzulassung	Abschnitt VI. Zulassung und Vertragsarztsitz	Abschnitt VI. Zulassung und Vertragsarztsitz	Begründung	Kommentar
neu	neu	§ 19a Ärzte-ZV [Versorgungsauftrag]	Begründung	Kommentar
			Der neue § 19a konkretisiert als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die nach dieser Vorschrift für den Vertragsarzt künftig bestehende Möglichkeit, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken.	Erstmals wird versucht, den Begriff des Versorgungsauftrages näher zu beschreiben.
neu	(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.	(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.	Absatz 1 stellt zunächst in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 1 klar, dass der zeitliche Umfang des Versorgungsauftrages eines Vertragsarztes, wie er regelhaft aus der Zulassung folgt, den Arzt verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Dabei steht dem Merkmal einer vollzeitigen Tätigkeit nicht entgegen, wenn der Vertragsarzt eine Nebentätigkeit ausübt, die sich in dem vom Bundessozialgericht bestimmten Rahmen bewegt. Nur im Falle einer solchen voll-	Enthält den Grundsatz der vollzeitigen Tätigkeit, ohne zu definieren, was denn nun Vollzeit sein soll. Hier ist zukünftig erheblicher Ärger absehbar, wenn – aus Budget- oder Degressionsgründen oder warum auch immer – (voll) zugelassene (Zahn)Ärzte in Wirklichkeit nur Teilzeit arbeiten, aber nicht eine Teilzulassung beantragt haben. Das ist nach dem neuen Recht ein abrechnungs-, straf-, zulassungs- und approbationsrechtlich höchst riskantes Unterfangen.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			zeitigen Tätigkeit steht er entsprechend § 20 Abs. 1 in erforderlichem Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Der Regelungsinhalt des Absatzes 1 entspricht damit dem bisherigen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisierten Recht.	
neu	(2) ¹Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. ²Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.	(2) ¹Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. ²Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.	Absatz 2 gibt dem Arzt das Recht, durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Die Erklärung hat schriftlich zu erfolgen. Zu unterscheiden sind zwei Fälle der Abgabe einer solchen Erklärung: Der Arzt kann die Erklärung entweder bereits im Rahmen der Beantragung einer Zulassung abgeben (vgl. hierzu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu - Ärzte-ZV). Möglich ist aber auch der Fall, dass der Inhaber einer Zulassung mit einem unbeschränkten Versorgungsauftrag diesen nachträglich reduzieren möchte. Während die Beschränkung des Versorgungsauftrages im ersten Fall im Rahmen des Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 über den Antrag der Zulassung festgestellt wird, bedarf es bei einer nachträglichen Reduzierung des Versorgungsauftrages eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Arzt eine sog. "Teilzulassung".	Selbst erklärend.
neu	(3) ¹Auf Antrag des Arztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. ²Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ³Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts mit Ausnahme des § 25.	(3) ¹Auf Antrag des Arztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. ²Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ³Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts.	Will ein Vertragsarzt seine Tätigkeit später (wieder) auf eine vollzeitige Tätigkeit erweitern, bedarf es nach Absatz 3 eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1. Voraussetzung für die Umwandlung des beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag ist die Erfüllung der üblichen Voraussetzungen für eine Zulassung. Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden. Keine Anwendung findet allerdings die Vor-	Betrifft die spätere Wiedererweiterung auf Vollzeit. Zu beachten ist, dass die Erweiterung der Zulassung an der Bedarfsplanung scheitern kann. Sie kann aber nicht an der 55-Jahresregelung des § 25 Ärzte-ZV scheitern, da diese für diesen Fall nicht gilt.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 20 Ärzte-ZV [Geeignetheit]	§ 20 Ärzte-ZV [Geeignetheit]	§ 20 Ärzte-ZV [Geeignetheit]	Begründung	Kommentar
<p>(2) Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist.</p>	<p>(2) ¹Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. ²Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.</p>	<p>(2) ¹Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. ²Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.</p>	<p>schrift des § 25. Dem Vertragsarzt ist es daher auch jenseits des 55. Lebensjahres möglich, seine Zulassung (wieder) auf eine Vollzeitätigkeit zu erweitern.</p> <p>Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelung auf medizinische Versorgungszentren gilt das in der Begründung zu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu - Ausgeführte.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderung zur Streichung des § 25.</p>	<p>Die Streitfrage, inwieweit ein Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einem Krankenhaus oder einer Reha-/Vorsorgeeinrichtung nach § 111 SGB V tätig sein kann, wird entgegen der bisherigen Rechtsprechung des BSG, welches dies nur für Ausnahmefälle zuließ, nunmehr generell zugelassen.</p> <p>Dass in der Begründung der Konsiliararzt erwähnt wird, ist nur insoweit bemerkenswert, als das BMGS die mit dem Status eines Konsiliararztes kaum vereinbare Unsitte übernimmt, dass der Konsiliararzt zur Mitbehandlung herangezogen wird.</p> <p>Dem BMG geht es aber darüber hinaus um die Klärung einer wichtigen Streitfrage de lege lata.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>Gesetzgeber hat die Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren in Kenntnis der älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 2 (BSGE 81, 143 m.w.N.; vgl. oben) getroffen. Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von medizinischen Versorgungszentren in § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren anstrebt. Diese enge Verzahnung durch Trägeridentität kann jedoch nur dann wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden, wenn es dem Träger auch gestattet ist, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einzusetzen. Es ist daher davon auszugehen, dass nach dem Willen des Gesetzgebers § 20 Abs. 2 schon bisher so auszulegen ist, dass das Zulassungsrecht der gleichzeitigen Anstellung eines Arztes im Krankenhaus und im medizinischen Versorgungszentrum nicht entgegensteht, so dass eine derartige Beschäftigung vertragsrechtlich möglich ist.</p> <p>Allerdings ist diese Auslegung nicht unumstritten. Einzelne Zulassungsausschüsse haben § 20 Abs. 2 auf die gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten im medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus angewandt und eine derartige Tätigkeit wegen der oben genannten Rechtsprechung ausgeschlossen.</p> <p>Um eine einheitliche und klare Rechtsanwendung zu ermöglichen, stellt die Ergänzung des § 20 Abs. 2 nunmehr auch sicher, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Diese Rechtsfolge folgt aus § 1 Abs. 3, der regelt, dass die Zulassungsverordnung – und damit auch der § 20 Abs. 2 in der geänderten Fassung – u.a. für die in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte entsprechend gilt. Soweit der neue Satz 2 des § 20 Abs. 2 daher einem Vertragsarzt ausdrücklich</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>ermöglicht, gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig zu sein, gilt dies über die Regelung des § 1 Abs. 3 nunmehr auch für den in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt.</p> <p>Gleiches gilt für die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und in einem medizinischen Versorgungszentrum.</p> <p>Die gleichzeitige Anstellung in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V und in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist ebenfalls möglich. Dies ergab sich in der Vergangenheit daraus, dass eine entsprechende Geltung der Zulassungsverordnung auf die in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte – anders als bei den in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzten (§ 1 Abs. 3) – nicht angeordnet war. Durch die Änderung des § 1 Abs. 3 gilt § 20 Abs. 2 nunmehr ausdrücklich auch für die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte entsprechend.</p> <p>Diese Änderung, insbesondere die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum, stellt einen wichtigen Beitrag zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung dar. Krankenhäuser, die Träger eines medizinischen Versorgungszentrums sind, erhalten die Möglichkeit, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen, indem sie das ärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einsetzen.</p>	
§ 24 Ärzte-ZV [Vertragsarztsitz]	§ 24 Ärzte-ZV [Vertragsarztsitz]	§ 24 Ärzte-ZV [Vertragsarztsitz]	Begründung	Kommentar
neu	(3) 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	(3) ¹ Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit 1. dies die Versorgung der Versicherten an	Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragsarzt die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 in § 17 Abs. 2 MBO-Ä vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragsarz-	Zulassung erweiterter Niederlassungsmöglichkeiten, wobei der Gesetzentwurf zwischen einer Vertragsarztpraxis (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) und überörtlichen Gemeinschaftspraxen differenziert. Unsere Kritik an der bisherigen Regelung in

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	<p>2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.</p> <p>²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung.</p> <p>³Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragsarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören.</p> <p>⁴§ 31 Abs. 9 gilt nicht.</p> <p>⁵Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragsarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz angestellten Ärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. ⁶Er kann außerdem Ärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragsarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ⁷Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zuständige Zulassungsausschuss. ⁸Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragsarztes an einem der anderen Vertragsarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.</p>	<p>den weiteren Orten verbessert und</p> <p>2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.</p> <p>²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung.</p> <p>³Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragsarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören.</p> <p>⁴Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragsarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz angestellten Ärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. ⁵Er kann außerdem Ärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragsarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ⁶Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zuständige Zulassungsausschuss. ⁷Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragsarztes an einem der anderen Vertragsarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.</p>	<p>tes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V i.V.m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist.</p> <p>Nach den alten berufsrechtlichen Regelungen der "Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte" (MBO-Ä a.F.) waren neben der Pflicht zur Sprechstunde am Praxisort Sprechstunden in Zweigpraxen zulässig, sofern dies zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erforderlich war. Die Durchführung spezieller Untersuchungen und Behandlungen war in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxisort des Arztes zulässig (§ 18 MBO-Ä a.F.). Vertragsrechtlich ist bisher in § 15a Abs. 1 der Bundesmantelverträge-Ärzte (BMV-Ä) geregelt, dass Vertragsärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenärztlichen Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung abhalten dürfen, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Daneben dürfen Vertragsärzte – genehmigungsfrei – in räumlicher Nähe zu ihrem Vertragsarztsitz ausgelagerte Praxisräume für spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterhalten (hier jedoch keine Sprechstunden abhalten).</p> <p>Die berufsrechtliche Neuregelung in § 17 Abs. 2 MBO-Ä gestattet es den Ärzten, über den Praxisort hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.</p> <p>Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragsarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz</p>	<p>Abs. 4 des Arbeitsentwurfs wurde berücksichtigt.</p> <p>Im Grundsatz ist das die explizite gesetzliche Regelung der Zweigpraxis, ohne dass dieser berufsrechtlich abgeschaffte Begriff erwähnt wird. Das Genehmigungserfordernis aus § 15a BMV-Ä bzw. § 6 Abs. 6 BMV-Z wird in das Zulassungsrecht übernommen.</p> <p>Einführung des Ermächtigungserfordernisses für eine Vertragsarztpraxis, die sich über mehr als einen KV-Bereich erstrecken will. Man kann sich überlegen, ob das in Abs. 4 für überörtliche Praxen ausgeschlossene Ergebnis der Sitze in mehreren KV-Bereichen im Einzelfall nicht über die Ermächtigung erreicht werden kann.</p> <p>Die Regelung in Satz 4 mit dem Erfordernis eines Einvernehmens der KV ist dem sonstigen Ermächtigungsrecht eigentlich fremd (s. § 116 SGB V, §§ 31 f. Ärzte-ZV). Dieses Erfordernis wird im Einzelfall viel Ärger produzieren.</p> <p>Hier wird nur klargestellt, dass in diesen Fällen die allgemeine Altersgrenze für Ermächtigungen (55 Jahre) nicht gilt. Die Klarstellung ist berechtigt.</p> <p>Die Ermächtigung wird mit dieser Bestimmung im Einzelfall sehr attraktiv.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>nicht gefährdet; eine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gibt das Vertragsarztrecht anders als die MBO-Ä nicht vor (Satz 1). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragsarzt ist, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung (Satz 2). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragsarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3). Das Institut der Ermächtigung für die Erbringung von Leistungen im Bezirk der fremden Kassenärztlichen Vereinigung ist sachgerecht, weil der Vertragsarzt dadurch – bezogen auf diese Leistungen</p> <p>– in das Leistungserbringersystem der fremden Kassenärztlichen Vereinigung (z.B. Abrechnung, Honorarverteilungsmaßstab, Disziplinargewalt) integriert wird (vgl. § 95 Abs. 4 SGB V). Die an sich für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 9 Satz 1 – im Regelfall – geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf die Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragsärztlichen Leistungen nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung Ärzte betrifft, die bereits vertragsärztliche Leistungserbringer sind und ihre wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragsarztstätigkeit haben (Satz 4). Die Regelung in Satz 5 erlaubt dem Vertragsarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Ärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragsarztstätigkeit am Vertragsarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragsarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Ärzte beschäftigen, wie es ihm vertragsarztrechtlich, z.B. bedarfsplanungsrechtlich und unter Wahrung seiner vertragsärztlichen Leitungs- und Überwachungspflicht, erlaubt wäre (vgl. § 95 Abs. 9 SGB V)</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>und § 32 Abs. 1 Satz 1), wenn er an diesen Orten seinen Vertragsarztsitz hätte (Satz 6). Diese Sonderregelungen in Satz 5 und 6 sind notwendig, da nach § 32a Satz 1 ermächtigte Ärzte anders als Vertragsärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Ärzte erbringen dürfen. Keiner Genehmigung oder Ermächtigung bedarf die weitere Tätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seines Vertragsarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragsarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragsarztsitz eines Mitglieds dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Davon unberührt ist seine vertragsärztliche Pflicht, vornehmlich die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz sicherzustellen.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderung zur Streichung des § 31 Abs. 9.</p>	
neu	<p>(4) ¹Die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nach Absatz 3 können mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versorgungspflicht des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte erforderlich ist. ²Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.</p>	<p>(4) ¹Die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nach Absatz 3 können mit Nebenbestimmungen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versorgungspflicht des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte erforderlich ist. ²Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.</p>	<p>Absatz 4 ermöglicht in Satz 1 den für die Erlaubnis zur vertragsärztlichen Tätigkeit an den weiteren Orten zuständigen Institutionen (Kassenärztliche Vereinigung, Zulassungsausschuss), die Erlaubnis zur Sicherung der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 mit Auflagen zu versehen. Die Einzelheiten hierzu, insbesondere in welchem Umfang der Vertragsarzt zur Erfüllung seiner Leistungspflichten am Vertragsarztsitz und an dem weiteren Ort angestellte Ärzte unter Berücksichtigung seiner Leitungs- und Überwachungspflicht einsetzen kann, ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Änderung dient der Klarstellung, dass eine Genehmigung oder Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nicht nur unter Auflagen erfolgen kann, sondern auch mit anderen Nebenbestimmungen versehen werden kann. Auflagen sind selbständig durchsetzbare Nebenbestimmungen zu einem Verwaltungsakt. Im Vertrags(zahn)arztrecht besteht jedoch weniger das Erfordernis, eine Genehmigung oder Er-</p>	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			mächtigung von selbständig durchsetzbaren Verhaltenspflichten des Vertrags(zahn)arztes abhängig zu machen, als die Genehmigungs- oder Ermächtigungsentscheidung selbst durch Bedingungen und Befristungen zu modifizieren.	
neu	(5) Erbringt der Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.	(5) Erbringt der Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.	Absatz 5 bestimmt für ausgelagerte Praxisräume (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zur Vertragsarztpraxis, vgl. § 18 Abs. 2 MBO-Ä - alt -), die nach geltendem Recht genehmigungsfrei sind, vgl. § 15a Abs. 2 BMV-Ä, eine Anzeigepflicht, damit die Kassenärztliche Vereinigung in der Lage ist, die Einhaltung der Anforderungen an ausgelagerte Praxisräume zu überprüfen.	Selbst erklärend.
(3) Ein Vertragsarzt darf das Fachgebiet, für das er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.	(6) Ein Vertragsarzt darf die Facharztbezeichnung, mit der er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.	(6) Ein Vertragsarzt darf die Facharztbezeichnung, mit der er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.	Der neue Absatz 6 entspricht dem alten Absatz 3 und passt lediglich die Terminologie durch Ersetzen des Begriffes "Fachgebiet" durch "Facharztbezeichnung" der neuen MWBO-Ä an. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 3 gilt die Vorschrift für den Wechsel der Facharztbezeichnung des in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 SGB V angestellten Arztes sowie des bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arztes entsprechend. Dies ist sachgerecht, weil die Anforderung an die Facharztbezeichnung, deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung ist, während der gesamten Dauer der Anstellung erfüllt sein muss.	Diese Norm greift für den Vertragsarzt in das Zulassungsrecht ein. Die Frage der Facharztbezeichnung ist bisher eine rein berufsrechtliche Fragestellung. Für Vertragsärzte hat jetzt der Zulassungsausschuss das entscheidende Wort.
(4) Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	(7) Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	(7) Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	Folgeänderung zu der unter Buchstabe a vorgenommenen Einfügung der neuen Absätze 3 bis 6.	Die Folgeänderung ist nur die Änderung der Absatznummer 4 auf 7.
§ 25 Ärzte-ZV [Lebensaltergrenze]	§ 25 Ärzte-ZV [Lebensaltergrenze]	aufgehoben	Begründung	Kommentar
¹Die Zulassung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. ²Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefäl-	¹Die Zulassung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. ²Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefäl-	aufgehoben	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> § 25 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr.	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 26 Ärzte-ZV [Ruhens der Zulassung]	§ 26 Ärzte-ZV [Ruhens der Zulassung]	§ 26 Ärzte-ZV [Ruhens der Zulassung]		
<p>len abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.</p>	<p>len abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. ³Satz 1 gilt nicht, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 festgestellten Unterversorgung erforderlich ist und 2. Ärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellt werden. 		<p>12 SGB V vor, dass die Zulassung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.</p>	
<p>(1) Der Zulassungsausschuss hat das Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.</p>	<p>(1) Der Zulassungsausschuss hat das Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.</p>	<p>(1) Der Zulassungsausschuss hat das vollständige oder hälftige Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderungen zur Änderung des § 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 - neu -, mit der die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten ruhen zu lassen oder zu entziehen, um die Möglichkeit ergänzt wird, dies nur hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen.</p>	<p>Selbst erklärend.</p>
§ 27 Ärzte-ZV [Entziehung der Zulassung]	§ 27 Ärzte-ZV [Entziehung der Zulassung]	§ 27 Ärzte-ZV [Entziehung der Zulassung]		
<p>¹Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. ²Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.</p>	<p>¹Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. ²Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.</p>	<p>¹Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die vollständige oder hälftige Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. ²Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.</p>	<p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderungen zur Änderung des § 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 - neu -, mit der die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten ruhen zu lassen oder zu entziehen, um die Möglichkeit ergänzt wird, dies nur hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen.</p>	<p>Selbst erklärend.</p>
§ 31 Ärzte-ZV [Ermächtigung]	§ 31 Ärzte-ZV [Ermächtigung]	§ 31 Ärzte-ZV [Ermächtigung]		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
(9) Die Ermächtigung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.	(9) Die Ermächtigung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.	aufgehoben	Begründung vom 25.10.2006: § 31 Abs. 9 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Ermächtigung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.	
§ 32 Ärzte-ZV [Vertretung, Assistenten]	§ 32 Ärzte-ZV [Vertretung, Assistenten]	§ 32 Ärzte-ZV [Vertretung, Assistenten]		
(1) ¹ Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. ² Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen. ³ Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. ⁴ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵ Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen.	(1) ¹ Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. ² Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen. ³ Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. ⁴ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵ Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen.	(1) ¹ Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. ² Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen. ³ Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. ⁴ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵ Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen. ⁶ Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt	Begründung vom 25.10.2006: Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben bereits auf ihrer 62. Aufsichtsbehördentagung im Mai 2003 gefordert, die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte dahingehend zu ergänzen, dass den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen das Recht eingeräumt wird, die bereits heute geregelten Voraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)arzt und beim Vertreter zu überprüfen. Mit der vorgesehenen Ergänzung des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV wird deshalb klargestellt, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich ist, ggf. in der Person des Vertreters liegende konkrete Umstände zu erfassen, die eine Eignung für seine Tätigkeit in einer vertragsärztlichen Praxis ausschließen würden. Durch die "Kann-Regelung" und die Begrenzung auf länger dauernde Vertretungen wird sichergestellt, dass hier kein unnötiges bürokratisches Prüfungsverfahren aufgebaut wird, den Kassenärztlichen Vereinigungen aber die Möglichkeit einer qualitätssichernden Überprüfung im konkreten Einzelfall eingeräumt wird.	Man kann dieser Regelung die Berechtigung nicht absprechen, wenn man weiß, wie viel Missbrauch mit der Vertreterregelung in den letzten Jahren getrieben wurde.
Abschnitt IX. Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Gemeinschaftspraxis	Abschnitt IX. Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft	Abschnitt IX. Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –				
Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 32b Ärzte-ZV [Anstellung von Ärzten]	§ 32b Ärzte-ZV [Anstellung von Ärzten]	§ 32b Ärzte-ZV [Anstellung von Ärzten]	Begründung	Kommentar
<p>(1) Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen. Satz 1 gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.</p>	<p>(1) ¹Der Vertragsarzt kann Ärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen.</p>	<p>(1) ¹Der Vertragsarzt kann Ärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen.</p>	<p>Bei der Neufassung des § 32b Abs. 1 handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zu der in § 95 Abs. 9 und 9a SGB V getroffenen Neuregelung der Anstellung von Ärzten durch Vertragsärzte. Zum anderen wird die bisherige Vorschrift, dass die Regelung nicht für medizinische Versorgungszentren gilt, gestrichen. Damit gilt § 32b Abs. 1 künftig – ebenso wie bereits nach geltendem Recht die Absätze 2 und 4 – gemäß § 1 Abs. 3 auch für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren.</p>	<p>Selbst erklärend.</p>
<p>neu</p>	<p>²In den Bundesmantelverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes.</p>	<p>²In den Bundesmantelverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes.</p>	<p>Satz 2 trifft darüber hinaus eine besondere Regelung für die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, indem den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben wird, konkretisierende Regelungen zum Umfang der Anstellungsmöglichkeit in Vertragsarztpraxen zu treffen unter Beachtung des in § 32 Abs. 1 Satz 1 geregelten Gebots zur persönlichen Praxisführung.</p>	<p>Selbst erklärend.</p>
§ 33 Ärzte-ZV [Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis]	§ 33 Ärzte-ZV [Praxisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft]	§ 33 Ärzte-ZV [Praxisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft]	Begründung	Kommentar
<p>(1) ¹Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. ³Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten.</p>	<p>(1) ¹Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. ³Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten; dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.</p>	<p>(1) ¹Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte ist zulässig. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. ³Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten; dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.</p>	<p>Die Ergänzung ermöglicht medizinischen Versorgungszentren eine gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten. Eine solche gemeinsame Beschäftigung kann z.B. in so genannten "Kopfzentren" sinnvoll sein.</p>	<p>In MVZ dürfen künftig explizit Ärzte und Zahnärzte beschäftigt werden. In Berufsausübungsgemeinschaften geht das nicht. Der unausgesprochene Grund dafür dürfte darin liegen, dass so das poliklinische Ambulatorium nach DDR-Vorbild am besten verwirklicht werden kann.</p>
<p>(2) ¹Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Ver-</p>	<p>(2) ¹Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur</p>	<p>(2) ¹Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur</p>	<p>Der neu gefasste Absatz 2 regelt – in Anlehnung an die auf dem 107. Deutschen Ärzte-</p>	<p>Die Teilgemeinschaftspraxis ist zulässig, aber im Gegensatz zum Arbeitsentwurf im neuen</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
tragsärzten.	vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft).	vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft).	tag 2004 in der neuen (Muster-)Berufsordnung getroffenen Empfehlungen zur berufsrechtlichen Erleichterung der Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten – die vertragsarztrechtlichen Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer.	Satz 3 (s. weiter unten) geregelt. Der Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft (bisher Gemeinschaftspraxis) in das Vertragsarztrecht übernommen Selbst erklärend.
neu	² Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden.	² Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden.	Sätze 1 und 2 legen fest, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragsarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Dabei wird anstelle des Begriffs "Vertragsarzt" der umfassendere Begriff "zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer" gewählt, um zu verdeutlichen, dass vertragsarztrechtlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten, sondern zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Ärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder als Personengesellschaften organisiert sind. Satz 2 erlaubt den Mitgliedern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen auch an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder tätig zu werden, sofern dies mit ihrer Präsenzpflcht an ihren eigenen Vertragsarztsitzen vereinbar ist.	Führt die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) in das Vertragsarztrecht ein. Die neue Norm bringt für die überörtliche Gemeinschaftspraxis die große Erleichterung, dass die Ärzte – gegenüber dem Arbeitsentwurf allerdings nicht mehr uneingeschränkt – an den Stellen eingesetzt werden können, wo sie gebraucht werden. Während der Sprechzeiten muss jeweils ein Mitglied der GP persönlich anwesend sein. Ob das auch ein angestellter Arzt sein darf, wird sich bald als Streitfrage erweisen.
neu	³ Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.	³ Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.	Satz 3 erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge, z.B. Kinderarzt und Neurologe bilden – neben ihren weiterhin bestehenden Einzelpraxen – eine Berufsausübungsgemeinschaft zur Behandlung kinderneurologischer Erkrankungen; nicht erlaubt werden allerdings sog.	Der Gesetzgeber hat das Problem der Teilgemeinschaftspraxen erkannt und wird sie in den Konstellationen, wo sie finanziell eigentlich nur interessant sind, verbieten. Es verbleibt also beim grundsätzlichen Verbot des Berufsrecht, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt zu erhalten.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			Kickback -Konstellationen, bei denen ein Arzt eines therapieorientierten Fachgebietes (z.B. Gynäkologe) eine Berufsausübungsgemeinschaft eingeht mit einem Arzt eines Methodenfaches (z.B. Labor), um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen.	
² Sie bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.	(3) ¹ Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses.	(3) ¹ Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses.	Absatz 3 Satz 1 bindet die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft an die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Grund dafür ist, dass die Genehmigung statusbegründend ist und deshalb nicht ex tunc wirkt.	Das ist sachlich keine Änderung gegenüber dem bisherigen Recht.
³ Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen sind vor Beschlussfassung zu hören.	entfällt	entfällt		Diese Regelung wird ersatzlos aufgegeben.
⁴ Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung entgegenstehen.	entfällt	entfällt		Diese Regelung wird nicht ganz aufgegeben. Sie ist teilweise in Satz 5 berücksichtigt (s. weiter unten).
	² Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt.	² Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt.	Satz 2 trifft eine Zuständigkeitsregelung für das Genehmigungsverfahren in den Fällen, in denen sich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften über mehrere Zulassungsbezirke erstrecken.	Satz 2 enthält eine bloße Zuständigkeitsregelung. Er betrifft nur den Fall, dass eine überörtliche Gemeinschaftspraxis in mehreren Zulassungsbezirken derselben KV ihren Sitz hat.
neu	³ Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. ⁴ Die	³ Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. ⁴ Die	Sätze 3 und 4 geben überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, deren Mitglieder mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen angehören, auf, für einen bestimmten Zeitraum (mindestens zwei Jahre) einen der Vertragsarztsitze ihrer Mitglieder als denjenigen zu bestimmen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen Vertragsarztsitzen der Mitglieder maßgeblich ist. Die Genehmigungsentscheidung des betref-	Die Sätze 3 – 5 haben noch in letzter Minute Änderungen erfahren. Nun soll die Entscheidung für eine KV / KZV eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für zwei Jahre binden. Dennoch ändert dies an den Möglichkeiten zum KV- / KZV-Shopping nichts und wird den Trend zu finanzkräftigen Organisationseinheiten verstärken.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	schaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. ⁴Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen. ⁵Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.	Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen. ⁵ Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.	fenden Zulassungsausschusses entfaltet deshalb Wirkung auch für die nicht am Genehmigungsverfahren beteiligten anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirken die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, und für die dortigen Kassenverbände. Satz 5 stellt klar (vgl. BSGE 55, 97 (105) zur Zulässigkeit von Nebenbestimmungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB X), dass die Genehmigung mit notwendigen Auflagen versehen werden kann, die durch die Bundesmantelverträge einheitlich zu konkretisieren sind. Die weiteren Vorgaben, die zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlich sind, können gemäß § 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie in den Bundesmantelverträgen nach § 72 Abs. 2 i.V.m. § 72 Abs. 1 SGB V geregelt werden; die Kompetenz zum notwendigen Datenaustausch wird durch eine Ergänzung des § 285 Abs. 3 SGB V geschaffen.	
Abschnitt XI. Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen	Abschnitt XI. Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen	Abschnitt XI. Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen	Begründung	Kommentar
§ 36 Ärzte-ZV [Sitzungen]	§ 36 Ärzte-ZV [Sitzungen]	§ 36 Ärzte-ZV [Sitzungen]	Begründung	Kommentar
¹ Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. ² Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tagesordnung ein.	(1) ¹ Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. ² Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tagesordnung ein.	(1) ¹ Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. ² Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tagesordnung ein.		Der bisher nur aus 1 Absatz bestehende Paragraph erhält jetzt zwei Absätze.
neu	(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden.	(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden.	Die Regelung stellt sicher, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.	Selbst erklärend.
§ 41 Ärzte-ZV	§ 41 Ärzte-ZV	§ 41 Ärzte-ZV	Begründung	Kommentar

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
[Beratung und Beschlussfassung]	[Beratung und Beschlussfassung]	[Beratung und Beschlussfassung]		
(1) ¹ Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. ² Die Anwesenheit eines von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für den Zulassungsausschuß ist zulässig.	(1) ¹ Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. ² Die Anwesenheit eines von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für den Zulassungsausschuß ist zulässig. ³ In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nehmen die Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme an den Sitzungen teil; sie haben ein Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung.	(1) ¹ Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. ² Die Anwesenheit eines von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für den Zulassungsausschuß ist zulässig. ³ In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nehmen die Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme an den Sitzungen teil; sie haben ein Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung.	Das Mitberatungsrecht nach § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird konkretisiert durch die selbe Formulierung wie in § 13 Abs. 5 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Außerdem wird ausdrücklich das Recht zu Anwesenheit bei der Beratung festgelegt.	Das ist ein sehr weitgehendes Recht, betrifft auch die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen.
(5) ¹ Den Beteiligten wird alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses zugestellt; eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenärztliche Vereinigung für die Registerakten. ² Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.	(5) ¹ Den Beteiligten wird alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses zugestellt; eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenärztliche Vereinigung für die Registerakten. ² In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Abschrift des Beschlusses. ³ Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.	(5) ¹ Den Beteiligten wird alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses zugestellt; eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenärztliche Vereinigung für die Registerakten. ² In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Abschrift des Beschlusses. ³ Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.	Eine zielführende Mitberatung verlangt, dass der Beratende auch über das Ergebnis der Beschlussfassung unterrichtet wird; deshalb haben die Patientenvertreterinnen und -vertreter Anspruch auf Abschrift der Beschlüsse, an deren Erarbeitung sie mitgewirkt haben.	Die Patientenvertreter sind aber nicht selbst widerspruchsberechtigt oder gar klagebefugt.
§ 42 Ärzte-ZV [Sitzungsniederschrift]	§ 42 Ärzte-ZV [Sitzungsniederschrift]	§ 42 Ärzte-ZV [Sitzungsniederschrift]	Begründung	Kommentar
¹ Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. ² Sie soll die Namen der Sitzungsteilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. ³ Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen.	¹ Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. ² Sie soll die Namen der Sitzungsteilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. ³ Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen. ⁴ Die Patientenvertreterinnen und -vertreter erhalten eine Niederschrift über die Tagesordnungspunkte der Sitzung, die sie gemäß § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitberaten haben.	¹ Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. ² Sie soll die Namen der Sitzungsteilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. ³ Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen. ⁴ Die Patientenvertreterinnen und -vertreter erhalten eine Niederschrift über die Tagesordnungspunkte der Sitzung, die sie gemäß § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitberaten haben.	Die Beratungstransparenz erfordert, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter auf der Grundlage einer Niederschrift über die sie betreffenden Tagesordnungspunkte den Beratungsablauf noch einmal nachvollziehen können.	Selbst erklärend.
§ 44 Ärzte-ZV	§ 44 Ärzte-ZV	§ 44 Ärzte-ZV	Begründung	Kommentar

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
[Widerspruch]	[Widerspruch]	[Widerspruch]		
¹ Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses mit Angabe von Gründen beim Berufungsausschuß einzulegen. ² Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.	¹ Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses beim Berufungsausschuß einzulegen. ² Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.	¹ Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses beim Berufungsausschuß einzulegen. ² Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.	Die Änderung streicht das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss. Das Bundessozialgericht hält das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23.02.2005 – B 6 KA 70/03 R – lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht wurde in der täglichen Praxis – auch von Rechtsanwälten – häufig übersehen. Dies hat erhebliche Folgen, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.	Interessante und praktisch bedeutsame Änderung. Gerade dann, wenn (Zahn)Ärzte selbst Widerspruch einlegen, erwies sich das Begründungserfordernis als Stolperstein, selbst Anwälte haben dieses übersehen. Nun entfällt es ganz.
Abschnitt XII. Gebühren	Abschnitt XII. Gebühren	Abschnitt XII. Gebühren		
§ 46 Ärzte-ZV [Gebühren]	§ 46 Ärzte-ZV [Gebühren]	§ 46 Ärzte-ZV [Gebühren]	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben: a) bei Antrag auf Eintragung des Arztes in das Arztregister 25 Euro b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 25 Euro c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 30 Euro d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Arzt, des medizinischen Versorgungszentrums oder der sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtung die Änderung	(1) ¹ Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben: a) bei Antrag auf Eintragung des Arztes in das Arztregister 100 Euro b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines	(1) ¹ Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben: a) bei Antrag auf Eintragung des Arztes in das Arztregister 100 Euro b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines	Seit Jahren wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt 1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 % aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aufzubringen sind. Die Gebühren werden um das Vierfache erhöht. Im Übrigen handelt es sich um notwendige redaktionelle Änderungen.	Hier muss man klar betonen, dass „ankassiert“ werden soll. Durchgehend wird das Gebührenniveau um den Faktor 4 angehoben.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>eines Verwaltungsakts anstrebt 50 Euro.</p> <p>²Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig.</p> <p>³Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.</p> <p>(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:</p> <p>a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 100 Euro</p> <p>b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 100 Euro</p> <p>c) § 97 nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 100 Euro</p> <p>d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 100 Euro.</p> <p>(3) Es sind zu zahlen</p> <p>a) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenärztliche Vereinigung,</p> <p>b) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und b an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses,</p> <p>c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.</p>	<p>Verwaltungsakts anstrebt 200 Euro.</p> <p>²Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig.</p> <p>³Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.</p> <p>(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:</p> <p>a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro</p> <p>b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 400 Euro</p> <p>c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400 Euro</p> <p>d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400 Euro.</p> <p>(3) Es sind zu zahlen</p> <p>a) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenärztliche Vereinigung,</p> <p>b) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und b an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses,</p> <p>c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.</p>	<p>Verwaltungsakts anstrebt 200 Euro.</p> <p>²Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig.</p> <p>³Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.</p> <p>(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:</p> <p>a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro</p> <p>b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 400 Euro</p> <p>c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400 Euro</p> <p>d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400 Euro.</p> <p>(3) Es sind zu zahlen</p> <p>a) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenärztliche Vereinigung,</p> <p>b) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und b an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses,</p> <p>c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.</p>		
Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte				
Abschnitt I. Zahnarztregister		Abschnitt I. Zahnarztregister		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 1 Zahnärzte-ZV [Führung des Zahnarztregisters, Geltungsbereich]	§ 1 Zahnärzte-ZV [Führung des Zahnarztregisters, Geltungsbereich]	§ 1 Zahnärzte-ZV [Führung des Zahnarztregisters, Geltungsbereich]	Begründung	Kommentar
(3) Diese Verordnung gilt für medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Zahnärzte entsprechend.	(3) Diese Verordnung gilt für medizinische Versorgungszentren und die dort und bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend.	(3) Diese Verordnung gilt für medizinische Versorgungszentren und die dort und bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend.	Die Änderung sieht vor, dass die Verordnung auch für die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend gilt. Die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte werden damit den bei medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzten gleichgestellt, für die die Verordnung schon in der Vergangenheit entsprechend galt.	Selbst erklärend.
§ 4 Zahnärzte-ZV [Antragserfordernisse]	§ 4 Zahnärzte-ZV [Antragserfordernisse]	§ 4 Zahnärzte-ZV [Antragserfordernisse]		
(1) ¹ Der Zahnarzt ist in das Zahnarztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ² Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Zahnarztregisters frei. ³ Die Eintragung in ein weiteres Zahnarztregister ist nicht zulässig.	(1) ¹ Der Zahnarzt ist in das Zahnarztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ² Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Zahnarztregisters frei. ³ Die Eintragung in ein weiteres Zahnarztregister ist nicht zulässig.	(1) ¹ Der Zahnarzt ist in das Zahnarztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. ² Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Zahnarztregisters frei.	Begründung vom 25.10.2006: Nach künftig geltendem Recht kann ein Vertrags(zahn)arzt in Bezirken verschiedener Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigungen sog. Teilzulassungen erhalten. Dieser Vertrags(zahn)arzt soll nicht nur in beiden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen Mitglied, sondern auch in zwei (Zahn)Arztregister eingetragen werden. Aus diesem Grund wird § 4 Abs. 1 Satz 3 gestrichen, der die Eintragung in ein weiteres Arztregister ausschließt.	Selbst erklärend.
Abschnitt III. Bedarfsplanung	Abschnitt III. Bedarfsplanung	Abschnitt III. Bedarfsplanung		
§ 12 Zahnärzte-ZV [Bedarfsplan]	§ 12 Zahnärzte-ZV [Bedarfsplan]	§ 12 Zahnärzte-ZV [Bedarfsplan]	Begründung	Kommentar
(3) Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über - die allgemeine zahnärztliche Versorgung, - die fachzahnärztliche Versorgung, - Einrichtungen der Krankenhausversor-	(3) Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über die allgemeine zahnärztliche Versorgung, - die fachzahnärztliche Versorgung,	(3) Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über die allgemeine zahnärztliche Versorgung, - die fachzahnärztliche Versorgung,	Folgeänderung zu der mit den GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) erfolgten Einführung eines Gemeinsamen Bundesausschusses durch § 91 SGB V.	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>gung sowie der sonstigen zahnmedizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragszahnärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, - für die vertragszahnärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. <p>²Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen sind zulässig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen zahnmedizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können, - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragszahnärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, - für die vertragszahnärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. <p>²Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen sind zulässig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen zahnmedizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können, - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragszahnärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, - für die vertragszahnärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. <p>²Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen sind zulässig.</p>		
Abschnitt V. Voraussetzungen für die Zulassung	Abschnitt V. Voraussetzungen für die Zulassung	Abschnitt V. Voraussetzungen für die Zulassung		
§ 18 Zahnärzte-ZV [Zulassungsantrag]	§ 18 Zahnärzte-ZV [Zulassungsantrag]	§ 18 Zahnärzte-ZV [Zulassungsantrag]	Begründung	Kommentar
<p>(1) ¹Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ²In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. ³Dem Antrag sind beizufügen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen, b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten. 	<p>(1) ¹Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ²In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. ³Dem Antrag sind beizufügen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen, b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten, c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird. 	<p>(1) ¹Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. ²In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. ³Dem Antrag sind beizufügen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen, b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten, c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird. 	<p>Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, mit der dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, seinen aus der Zulassung folgenden Versor-</p>	<p>Selbst erklärend.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>gungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Der neue Buchstabe c sieht daher für den Fall einer Beantragung einer Zulassung vor, dass der Vertragszahnarzt seinem Zulassungsantrag eine entsprechende Erklärung darüber beizufügen hat, wenn er seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages beschränken möchte. Ist der Zahnarzt bereits im Besitz einer Zulassung bedarf es einer gesonderten Erklärung nach § 19a Abs. 2 - neu -.</p> <p>Für medizinische Versorgungszentren gilt die Vorschrift nach § 1 Abs. 3 nur entsprechend. Dies führt dazu, dass es einem medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich ist, eine Erklärung abzugeben, mit der es seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines medizinischen Versorgungszentrums als einer nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 ärztlich geleiteten Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Zahnärzte tätig sein müssen.</p> <p>Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass das medizinische Versorgungszentrum unter Berücksichtigung dieser Anforderung – wie bereits nach geltenden Recht – über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen kann. Ebenso möglich ist es, dass die in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeitenden Vertragszahnärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.</p>	
Abschnitt VI. Zulassung und Kassenzahnarzt	Abschnitt VI. Zulassung und Vertragszahnarzt	Abschnitt VI. Zulassung und Vertragszahnarzt		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
neu	§ 19a Zahnärzte-ZV [Versorgungsauftrag]	§ 19a Zahnärzte-ZV [Versorgungsauftrag]	Begründung	Kommentar
			Der neue § 19a konkretisiert als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die nach dieser Vorschrift für den Vertragszahnarzt künftig bestehende Möglichkeit, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken.	Erstmals wird versucht, den Begriff des Versorgungsauftrags näher zu beschreiben.
neu	(1) Die Zulassung verpflichtet den Zahnarzt, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.	(1) Die Zulassung verpflichtet den Zahnarzt, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.	Absatz 1 stellt zunächst in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV klar, dass der zeitliche Umfang des Versorgungsauftrages eines Vertragszahnarztes, wie er regelhaft aus der Zulassung folgt, den Zahnarzt verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Dabei steht dem Merkmal einer vollzeitigen Tätigkeit nicht entgegen, wenn der Vertragszahnarzt eine Nebentätigkeit ausübt, die sich in dem vom Bundessozialgericht bestimmten Rahmen bewegt. Nur im Falle einer solchen vollzeitigen Tätigkeit steht er entsprechend § 20 Abs. 1 in erforderlichem Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Der Regelungsinhalt des Absatzes 1 entspricht damit dem bisherigen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisierten Recht.	Enthält den Grundsatz der vollzeitigen Tätigkeit, ohne zu definieren, was denn nun Vollzeit sein soll.
neu	(2) ¹Der Zahnarzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. ²Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.	(2) ¹Der Zahnarzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. ²Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.	Absatz 2 gibt dem Zahnarzt das Recht, durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Die Erklärung hat schriftlich zu erfolgen. Zu unterscheiden sind zwei Fälle der Abgabe einer solchen Erklärung: Der Zahnarzt kann die Erklärung entweder bereits im Rahmen der Beantragung einer Zulassung abgeben (vgl. hierzu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu -). Möglich ist aber auch der Fall, dass der Inhaber einer Zulassung mit einem unbeschränkten Versorgungsauftrag diesen nachträglich reduzieren möchte. Während die Beschränkung des Versor-	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –				
Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			gungsauftrags im ersten Fall im Rahmen des Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 über den Antrag der Zulassung festgestellt wird, bedarf es bei einer nachträglichen Reduzierung des Versorgungsauftrags eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Zahnarzt eine sog. "Teilzulassung".	
neu	(3) ¹Auf Antrag des Zahnarztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. ²Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts mit Ausnahme des § 25.	(3) ¹Auf Antrag des Zahnarztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. ²Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts.	Will ein Vertragszahnarzt seine Tätigkeit später (wieder) auf eine vollzeitige Tätigkeit erweitern, bedarf es nach Absatz 3 eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1. Voraussetzung für die Umwandlung des beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag ist die Erfüllung der üblichen Voraussetzungen für eine Zulassung. Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden. Keine Anwendung findet allerdings die Vorschrift des § 25. Dem Vertragszahnarzt ist es daher auch jenseits des 55. Lebensjahres möglich, seine Zulassung (wieder) auf eine Vollzeittätigkeit zu erweitern. Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelung auf medizinische Versorgungszentren gilt das in der Begründung zu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu - ausgeführte. <u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderung zur Streichung des § 25.	Betrifft die spätere Wiedererweiterung auf Vollzeit. Zu beachten ist, dass die Erweiterung der Zulassung an der Bedarfsplanung scheitern kann. Sie kann aber nicht an der 55-Jahresregelung des § 25 Zahnärzte-ZV scheitern, da diese für diesen Fall nicht gilt.
§ 20 Zahnärzte-ZV [Geeignetheit]	§ 20 Zahnärzte-ZV [Geeignetheit]	§ 20 Zahnärzte-ZV [Geeignetheit]	Begründung	Kommentar
(2) Für die Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Zahnarzt, der eine zahnärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren ist.	(2) ¹Für die Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Zahnarzt, der eine zahnärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren ist. ²Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Bu-	(2) ¹Für die Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Zahnarzt, der eine zahnärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren ist. ²Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches So-	Die Vorschrift regelt die Vereinbarkeit von vertragszahnärztlicher Tätigkeit und Tätigkeit in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünf-	Die Streitfrage, inwieweit ein Vertragszahnarzt gleichzeitig als angestellter Zahnarzt in einem Krankenhaus oder einer Reha-

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
§ 24 Zahnärzte-ZV [Vertragszahnarztsitz]	§ 24 Zahnärzte-ZV [Vertragszahnarztsitz]	§ 24 Zahnärzte-ZV [Vertragszahnarztsitz]	Begründung	Kommentar
	ches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vereinbar.	zialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vereinbar.	ten Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend der Regelung für Vertragsärzte. Da die im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit aufgetretenen Probleme im Rahmen der zahnärztlichen Tätigkeit in der Vergangenheit nicht in gleicher Weise aufgetreten sind, erfolgt die Änderung vornehmlich zur Sicherung der Gleichbehandlung der beiden Arztgruppen.	/Vorsorgeeinrichtung nach § 111 SGB V tätig sein kann, wird entgegen der bisherigen Rechtsprechung des BSG, welches dies nur für Ausnahmefälle zuließ, nunmehr generell zugelassen.
neu	<p>(3) ¹Vertragszahnärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit</p> <p>1 dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und</p> <p>2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.</p> <p>²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung. ³Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragszahnarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören. ⁴§ 31 Abs. 9 gilt nicht. ⁵Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragszahnarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarzt-</p>	<p>(3) ¹Vertragszahnärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit</p> <p>1 dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und</p> <p>2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.</p> <p>²Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung. ³Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragszahnarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören. ⁴Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragszahnarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. ⁵Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe</p>	<p>Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragszahnarzt die in § 9 Abs. 2 der "Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer" (MBO-Zahnärzte) vorgenommene Lockerung der Bindung des Zahnarztes an seinen Vertragszahnarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragszahnarztes, die vertragszahnärztliche Versorgung an seinem Vertragszahnarztsitz zu gewährleisten (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V</p> <p>i.V.m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist.</p> <p>Nach den alten berufsrechtlichen Regelungen der "Musterberufsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen" (MBO-Zahnärzte a.F.) konnte mit vorheriger Zustimmung der Kammer widerruflich und befristet eine Zweigpraxis errichtet werden, sofern dies zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich war (§ 5 Abs. 2 MBO-Zahnärzte a.F.). Die Durchführung spezieller Untersuchungen und Behandlungen war mit vorheriger Zustimmung der Kammer in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxissitz des Zahnarztes zulässig (§ 5 Abs. 4 MBO-Zahnärzte a.F.). Vertragszahnarztrechtlich ist bisher in § 6 Abs. 6 der Bundesmantelverträge-Zahnärzte (BMV-Z) geregelt, dass Vertragszahnärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenzahnärztlichen</p>	<p>Zulassung erweiterter Niederlassungsmöglichkeiten, wobei der Gesetzentwurf zwischen einer Vertragszahnarztpraxis (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) und überörtlichen Gemeinschaftspraxen differenziert.</p> <p>Unsere Kritik an der bisherigen Regelung in Abs. 4 des Arbeitsentwurfs wurde berücksichtigt.</p> <p>Im Grundsatz ist das die explizite gesetzliche Regelung der Zweigpraxis, ohne dass dieser berufsrechtlich abgeschaffte Begriff erwähnt wird. Das Genehmigungserfordernis aus § 6 Abs. 6 BMV-Z wird in das Zulassungsrecht übernommen.</p> <p>Einführung des Ermächtigungserfordernisses für eine Vertragsarztpraxis, die sich über mehr als einen KV-Bereich erstrecken will. Man kann sich überlegen, ob das in Abs. 4 für überörtliche Praxen ausgeschlossene Ergebnis der Sitze in mehreren KV-Bereichen im Einzelfall nicht über die Ermächtigung erreicht werden kann.</p> <p>Die Regelung in Satz 4 mit dem Erfordernis eines Einvernehmens der KV ist dem sonstigen Ermächtigungsrecht eigentlich fremd (s. § 116 SGB V, §§ 31 f. Ärzte-ZV). Dieses Erfordernis wird im Einzelfall viel Ärger produzieren.</p> <p>Hier wird nur klargestellt, dass in diesen Fällen die allgemeine Altersgrenze für Ermächti-</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	<p>sitz angestellten Zahnärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. ⁶Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ⁷Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zuständige Zulassungsausschuss. ⁸Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem der anderen Vertragszahnarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.</p>	<p>der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. ⁶Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zuständige Zulassungsausschuss. ⁷Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem der anderen Vertragszahnarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.</p>	<p>Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abhalten dürfen, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich ist.</p> <p>Die berufsrechtliche Neuregelung in § 9 Abs. 2 MBO-Zahnärzte gestattet es den Zahnärzten, über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten zahnärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.</p> <p>Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz nicht gefährdet (Satz 1). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragszahnarzt ist, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Satz 2). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragszahnarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3). Das Institut der Ermächtigung für die Erbringung von Leistungen im Bezirk der fremden Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist sachgerecht, weil der Vertragszahnarzt dadurch – bezogen auf diese Leistungen – in das Leistungserbringersystem der fremden Kassenzahnärztlichen Vereinigung (z.B. Abrechnung, Honorarverteilungsmaßstab, Disziplinargewalt) integriert wird (vgl. § 95 Abs. 4 SGB V). Die an sich für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 9 Satz 1 – im Regelfall – geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf die Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragszahnärztlichen Leistungen</p>	<p>gungen (55 Jahre) nicht gilt. Die Klarstellung ist berechtigt.</p> <p>Die Ermächtigung wird mit dieser Bestimmung im Einzelfall sehr attraktiv.</p>

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			<p>nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung Zahnärzte betrifft, die bereits vertragszahnärztliche Leistungserbringer sind und ihre wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragszahnärztlichkeit haben (Satz 4). Die Regelung in Satz 5 erlaubt dem Vertragszahnarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Zahnärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragszahnärztlichkeit am Vertragszahnarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragszahnarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Zahnärzte beschäftigen, wie es ihm vertragszahnärztlich, z.B. bedarfsplanungsrechtlich und unter Wahrung seiner vertragszahnärztlichen Leitungs- und Überwachungspflicht, erlaubt wäre (vgl. § 95 Abs. 9 SGB V und § 32 Abs. 1 Satz 1), wenn er an diesen Orten seinen Vertragszahnarztsitz hätte (Satz 6). Diese Sonderregelungen in Satz 5 und 6 sind notwendig, da nach § 32a Satz 1 ermächtigte Zahnärzte anders als Vertragszahnärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Zahnärzte erbringen dürfen. Keiner Genehmigung oder Ermächtigung bedarf die weitere Tätigkeit eines Vertragszahnarztes außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragszahnarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragszahnarztsitz eines Mitglieds dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Davon unberührt ist seine vertragszahnärztliche Pflicht, vornehmlich die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz sicherzustellen.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderung zur Streichung des § 31 Abs. 9.</p>	
neu	(4) ¹ Die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragszahnärztlicher Tätigkeiten nach Absatz 3 können mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versor-	(4) ¹ Die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragszahnärztlicher Tätigkeiten nach Absatz 3 können mit Nebenbestimmungen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versorgungs-	Absatz 4 ermöglicht in Satz 1 den für die Erlaubnis zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit an den weiteren Orten zuständigen Institutionen (Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zulassungsausschuss), die Erlaubnis zur Siche-	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	gungspflicht des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte erforderlich ist. ²Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.	pflicht des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte erforderlich ist. ² Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.	<p>rung der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 mit Auflagen zu versehen. Die Einzelheiten hierzu, insbesondere in welchem Umfang der Vertragszahnarzt zur Erfüllung seiner Leistungspflichten am Vertragszahnarztsitz und an dem weiteren Ort angestellte Zahnärzte unter Berücksichtigung seiner Leitungs- und Überwachungspflicht einsetzen kann, ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.</p> <p><u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Änderung dient der Klarstellung, dass eine Genehmigung oder Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nicht nur unter Auflagen erfolgen kann, sondern auch mit anderen Nebenbestimmungen versehen werden kann. Auflagen sind selbständig durchsetzbare Nebenbestimmungen zu einem Verwaltungsakt. Im Vertrags(zahn)arztrecht besteht jedoch weniger das Erfordernis, eine Genehmigung oder Ermächtigung von selbständig durchsetzbaren Verhaltenspflichten des Vertrags(zahn)arztes abhängig zu machen, als die Genehmigungs- oder Ermächtigungsentscheidung selbst durch Bedingungen und Befristungen zu modifizieren.</p>	
neu	(5) Erbringt der Vertragszahnarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.	(5) Erbringt der Vertragszahnarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.	Absatz 5 bestimmt für ausgelagerte Praxisräume (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zur Vertragszahnarztpraxis, vgl. § 5 Abs. 4 MBO-Zahnärzte - alt -), die nach geltendem Recht genehmigungsfrei sind, eine Anzeigepflicht, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung in der Lage ist, die Einhaltung der Anforderungen an ausgelagerte Praxisräume zu überprüfen.	Selbst erklärend.
(3) Ein Vertragszahnarzt darf das Fachgebiet, für das er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.	(6) Ein Vertragszahnarzt darf die Gebietsbezeichnung, unter welcher er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.	(6) Ein Vertragszahnarzt darf die Gebietsbezeichnung, unter welcher er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.	Der neue Absatz 6 entspricht dem alten Absatz 3 und passt lediglich die Terminologie durch Ersetzen des Begriffes "Fachgebiet" durch "Gebietsbezeichnung" der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer an. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 3 gilt die Vorschrift für den Wechsel der Gebietsbezeichnung des in einem medizini-	Diese Norm greift für den Vertragszahnarzt in das Zulassungsrecht ein. Für Vertragszahnärzte wird dies auch relevant, wenn ein Vertragszahnarzt einen Fachzahnarztstitel erwirbt. Die Frage der Fachzahnarztbezeichnung ist bisher eine rein berufsrechtliche Fragestellung. Für Vertragszahnärzte hat jetzt der Zulassungsausschuss das entscheidende Wort.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			schen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 SGB V angestellten Zahnarztes sowie des bei einem Vertragszahnarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Zahnarztes entsprechend. Dies ist sachgerecht, weil die Anforderung an die Gebietsbezeichnung, deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung ist, während der gesamten Dauer der Anstellung erfüllt sein muss.	
(4) Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	(7) Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	(7) Der Zulassungsausschuss hat den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	Folgeänderung zu der unter Buchstabe a vorgenommenen Einfügung der neuen Absätze 3 bis 6.	Die Folgeänderung ist nur die Änderung der Absatznummer 4 auf 7.
§ 25 Zahnärzte-ZV [Lebensaltergrenze]	§ 25 Zahnärzte-ZV [Lebensaltergrenze]	aufgehoben	Begründung	Kommentar
¹Die Zulassung eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. ²Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.	¹Die Zulassung eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. ²Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. ³Satz 1 gilt nicht, wenn 1 dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 festgestellten Unterversorgung erforderlich ist und 2 für angestellte Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für die bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellten Zahnärzte.	aufgehoben	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> § 25 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Zulassung eines Arztes und eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben.	Selbst erklärend.
§ 26 Zahnärzte-ZV [Ruhe der Zulassung]	§ 26 Zahnärzte-ZV [Ruhe der Zulassung]	§ 26 Zahnärzte-ZV [Ruhe der Zulassung]		
(1) Der Zulassungsausschuss hat das Ruhen der Zulassung eines Vertragszahnarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versor-	(1) Der Zulassungsausschuss hat das Ruhen der Zulassung eines Vertragszahnarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicher-	(1) Der Zulassungsausschuss hat das vollständige oder hälftige Ruhen der Zulassung eines Vertragszahnarztes zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind und Gründe der Sicher-	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderungen zur Änderung des § 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 - neu -, mit der die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten ruhen zu lassen oder	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
gung nicht entgegenstehen.	gung nicht entgegenstehen.	tragszahnärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.	zu entziehen, um die Möglichkeit ergänzt wird, dies nur hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen.	
§ 27 Zahnärzte-ZV [Entziehung der Zulassung]	§ 27 Zahnärzte-ZV [Entziehung der Zulassung]	§ 27 Zahnärzte-ZV [Entziehung der Zulassung]		
¹ Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. ² Die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.	¹ Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. ² Die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.	¹ Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die vollständige oder hälftige Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. ² Die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Folgeänderungen zur Änderung des § 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 - neu -, mit der die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, die Zulassung eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten ruhen zu lassen oder zu entziehen, um die Möglichkeit ergänzt wird, dies nur hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen.	Selbst erklärend.
§ 31 Zahnärzte-ZV [Ermächtigung]	§ 31 Zahnärzte-ZV [Ermächtigung]	§ 31 Zahnärzte-ZV [Ermächtigung]		
(9) Die Ermächtigung eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.	(9) Die Ermächtigung eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuss kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.	aufgehoben	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> § 31 Abs. 9 der jeweiligen Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sieht in Umsetzung der eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist. Als Folgeänderung zur Streichung der Verordnungsermächtigung (vgl. Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b) wird die Regelung aufgehoben. Verordnungsermächtigung in § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V vor, dass die Ermächtigung eines Arztes und	Selbst erklärend.
§ 32 Zahnärzte-ZV [Vertretung, Assistenten]	§ 32 Zahnärzte-ZV [Vertretung, Assistenten]	§ 32 Zahnärzte-ZV [Vertretung, Assistenten]		
(1) ¹ Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. ² Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. ³ Eine Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten	(1) ¹ Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. ² Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. ³ Eine Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten	(1) ¹ Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. ² Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. ³ Eine Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten	<u>Begründung vom 25.10.2006:</u> Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben bereits auf ihrer 62. Aufsichtsbehördentagung im Mai 2003 gefordert, die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte dahingehend zu ergänzen, dass den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen das Recht eingeräumt wird, die bereits heute geregelten Voraussetzungen beim zu vertretenden Ver-	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. ⁴ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵ Der Vertragszahnarzt darf sich nur durch einen Vertragszahnarzt oder einen Zahnarzt vertreten lassen, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz nachweisen kann. § 3 Abs. 4 gilt.	vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. ⁴ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵ Der Vertragszahnarzt darf sich nur durch einen Vertragszahnarzt oder einen Zahnarzt vertreten lassen, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz nachweisen kann. § 3 Abs. 4 gilt.	vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. ⁴ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵ Der Vertragszahnarzt darf sich nur durch einen Vertragszahnarzt oder einen Zahnarzt vertreten lassen, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz nachweisen kann. § 3 Abs. 4 gilt. ⁶Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Vertragszahnarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt	trags(zahn)arzt und beim Vertreter zu überprüfen. Mit der vorgesehen Ergänzung des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV wird deshalb klargestellt, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich ist, ggf. in der Person des Vertreters liegende konkrete Umstände zu erfassen, die eine Eignung für seine Tätigkeit in einer vertragsärztlichen Praxis ausschließen würden. Durch die "Kann-Regelung" und die Begrenzung auf länger dauernde Vertretungen wird sichergestellt, dass hier kein unnötiges bürokratisches Prüfungsverfahren aufgebaut wird, den Kassenärztlichen Vereinigungen aber die Möglichkeit einer qualitätssichernden Überprüfung im konkreten Einzelfall eingeräumt wird.	S. die Kommentierung zu § 25 Ärzte-ZV.
Abschnitt IX. Vertreter, Assistenten, angestellte Zahnärzte und Gemeinschaftspraxis	Abschnitt IX. Vertreter, Assistenten, angestellte Zahnärzte und Berufsausübungsgemeinschaft	Abschnitt IX. Vertreter, Assistenten, angestellte Zahnärzte und Berufsausübungsgemeinschaft		
§ 32b Zahnärzte-ZV [Anstellung von Zahnärzten]	§ 32b Zahnärzte-ZV [Anstellung von Zahnärzten]	§ 32b Zahnärzte-ZV [Anstellung von Zahnärzten]	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Der Vertragszahnarzt kann einen ganztags beschäftigten Zahnarzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Zahnärzte desselben Fachgebietes anstellen.	(1) ¹ Der Vertragszahnarzt kann Zahnärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen.	(1) ¹ Der Vertragszahnarzt kann Zahnärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen.	Bei der Neufassung des § 32b Abs. 1 handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zu der in § 95 Abs. 9 SGB V getroffenen Neuregelung der Anstellung von Zahnärzten durch Vertragszahnärzte. Zum anderen wird die bisherige Vorschrift, dass die Regelung nicht für medizinische Versorgungszentren gilt, gestrichen. Damit gilt § 32b Abs. 1 künftig – ebenso wie bereits nach geltendem Recht die Absätze 2 und 4 – gemäß § 1 Abs. 3 auch für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren.	Selbst erklärend.
² Satz 1 gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.	² In den Bundesmantelverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Zahnärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragszahnarztes.	² In den Bundesmantelverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Zahnärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragszahnarztes.	Satz 2 trifft darüber hinaus eine besondere Regelung für die Anstellung von Zahnärzten in Vertragszahnarztpraxen, indem den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben wird, konkretisierende Regelungen zum Umfang der Anstellungsmöglichkeit in Vertragszahnarztpraxen zu treffen unter Beachtung des in	Selbst erklärend.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak <u>Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot</u> Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			§ 32 Abs. 1 Satz 1 geregelten Gebots zur persönlichen Praxisführung.	
§ 33 Zahnärzte-ZV [Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis]	§ 33 Zahnärzte-ZV [Praxisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft]	§ 33 Zahnärzte-ZV [Praxisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft]	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Vertragszahnärzte ist zulässig. ² Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. ³ Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten.	(1) ¹ Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Vertragszahnärzte ist zulässig. ² Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. ³ Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten; dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.	(1) ¹ Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Vertragszahnärzte ist zulässig. ² Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. ³ Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten; dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.	Die Ergänzung ermöglicht medizinischen Versorgungszentren eine gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten. Eine solche gemeinsame Beschäftigung kann z.B. in so genannten "Kopfzentren" sinnvoll sein.	In MVZ dürfen künftig explizit Ärzte und Zahnärzte beschäftigt werden. In Berufsausübungsgemeinschaften geht das nicht. Der unausgesprochene Grund dafür dürfte darin liegen, dass so das poliklinische Ambulatorium nach DDR-Vorbild am besten verwirklicht werden kann.
(2) ¹ Die gemeinsame Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Vertragszahnärzten.	(2) ¹ Die gemeinsame Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). ² Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Zahnärzte an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden.	(2) ¹ Die gemeinsame Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). ² Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Zahnärzte an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden.	Der neu gefasste Absatz 2 regelt – in Anlehnung an die in der neuen (Muster-) Berufsordnung der Bundeszahnärztekammer getroffenen Empfehlungen zur berufsrechtlichen Erleichterung der Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften von Zahnärzten – die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer. Sätze 1 und 2 legen fest, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Dabei wird anstelle des Begriffs "Vertragszahnarzt" der umfassendere Begriff "zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer" gewählt, um zu verdeutlichen, dass vertragszahnärztlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften	Der Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft (bisher Gemeinschaftspraxis) in das Vertragsarztrecht übernommen Satz 2 führt die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) in das Vertragszahnrecht ein. Die neue Norm bringt für die überörtliche Gemeinschaftspraxis die große Erleichterung, dass die Zahnärzte an den Stellen eingesetzt werden können, wo sie gebraucht werden. Während der Sprechzeiten muss jeweils ein Mitglied der GP persönlich anwesend sein. Ob das auch ein angestellter Zahnarzt sein darf, wird sich bald als Streitfrage erweisen.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
			zwischen Zahnärzten, sondern zwischen allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Zahnärzten und medizinischen Versorgungszentren, zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder als Personengesellschaften organisiert sind. Satz 2 erlaubt den Mitgliedern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen auch an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder tätig zu werden, sofern dies mit ihrer Präsenzpflcht an ihren eigenen Vertragszahnarztsitzen vereinbar ist.	
neu	³ Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.	³ Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.	Satz 3 erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge; nicht erlaubt werden allerdings sog. Kickback-Konstellationen, in denen Berufsausübungsgemeinschaft eingegangen werden, um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen.	Der Gesetzgeber hat das Problem der Teilgemeinschaftspraxen erkannt und wird sie in den Konstellationen, wo sie finanziell eigentlich nur interessant sind, verbieten. Es verbleibt also beim grundsätzlichen Verbot des Berufsrecht, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt zu erhalten.
² Sie bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuß. ³ Die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen sind vor Beschlußfassung zu hören. ⁴ Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die zahnärztliche Berufsausübung entgegenstehen.	(3) ¹ Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses.	(3) ¹ Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses.	Absatz 3 Satz 1 bindet die Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft an die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Grund dafür ist, dass die Genehmigung statusbegründend ist und deshalb nicht ex tunc wirkt.	Selbst erklärend.
neu	² Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen be-	² Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt.	Satz 2 trifft eine Zuständigkeitsregelung für das Genehmigungsverfahren in den Fällen, in denen sich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften über mehrere Zulassungsbezirke erstrecken.	Satz 2 enthält eine bloße Zuständigkeitsregelung. Er betrifft nur den Fall, dass eine überörtliche Gemeinschaftspraxis in mehreren Zulassungsbezirken derselben KV ihren Sitz hat.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	stimmt.			
neu	³ Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragszahnarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnung-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. ⁴ Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen.	³ Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragszahnarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnung-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. ⁴ Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen.	Sätze 3 und 4 geben überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, deren Mitglieder mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen angehören, auf, für einen bestimmten Zeitraum (mindestens zwei Jahre) einen der Vertragszahnarztsitze ihrer Mitglieder als denjenigen zu bestimmen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen Vertragszahnarztsitzen der Mitglieder maßgeblich ist. Die Genehmigungsentscheidung des betreffenden Zulassungsausschusses entfaltet deshalb Wirkung auch für die nicht am Genehmigungsverfahren beteiligten anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirken die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, und für die dortigen Kassenverbände.	Die Sätze 3 – 5 haben noch in letzter Minute Änderungen erfahren. Nun soll die Entscheidung für eine KV / KZV eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für zwei Jahre binden. Dennoch ändert dies an den Möglichkeiten zum KV- / KZV-Shopping nichts und wird den Trend zu finanzkräftigen Organisationseinheiten verstärken.
neu	⁵ Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.	⁵ Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.	Satz 5 stellt klar (vgl. BSGE 55, 97 (105) zur Zulässigkeit von Nebenbestimmungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB X), dass die Genehmigung mit notwendigen Auflagen versehen werden kann, die durch die Bundesmantelverträge einheitlich zu konkretisieren sind. Die weiteren Vorgaben, die zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlich sind, können gemäß § 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie in den Bundesmantelverträgen nach § 72 Abs. 2 i.V.m. § 82 Abs. 1 SGB V geregelt werden; die Kompetenz zum notwendigen Datenaustausch wird durch eine Ergänzung des § 285 Abs. 3 SGB V geschaffen.	Selbst erklärend.
Abschnitt XI. Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen	Abschnitt XI. Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen	Abschnitt XI. Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen		
§ 36 Zahnärzte-ZV	§ 36 Zahnärzte-ZV	§ 36 Zahnärzte-ZV	Begründung	Kommentar

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
[Sitzungen]	[Sitzungen]	[Sitzungen]		
¹ Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. ² Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tagesordnung ein.	(1) ¹ Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. ² Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tagesordnung ein.	(1) ¹ Der Zulassungsausschuß beschließt in Sitzungen. ² Zu den Sitzungen lädt der Vorsitzende unter Angabe der Tagesordnung ein.		Die Norm enthielt bisher nur 1 Absatz.
neu	(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden.	(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden.	Die Regelung stellt sicher, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.	Selbst erklärend.
§ 41 Zahnärzte-ZV [Beratung und Beschlussfassung]	§ 41 Zahnärzte-ZV [Beratung und Beschlussfassung]	§ 41 Zahnärzte-ZV [Beratung und Beschlussfassung]	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. ² Die Anwesenheit eines von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für den Zulassungsausschuß ist zulässig.	(1) ¹ Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. ² Die Anwesenheit eines von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für den Zulassungsausschuß ist zulässig. ³In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nehmen die Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme an den Sitzungen teil; sie haben ein Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung.	(1) ¹ Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten. ² Die Anwesenheit eines von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für den Zulassungsausschuß ist zulässig. ³In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nehmen die Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme an den Sitzungen teil; sie haben ein Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung.	Das Mitberatungsrecht nach § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird konkretisiert durch die selbe Formulierung wie in § 13 Abs. 5 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Außerdem wird ausdrücklich das Recht zu Anwesenheit bei der Beratung festgelegt.	Das ist ein sehr weitgehendes Recht, betrifft auch die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen.
(5) ¹ Den Beteiligten wird alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses zugestellt; eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenzahnärztliche Vereinigung für die Registerakten. ² Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.	(5) ¹ Den Beteiligten wird alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses zugestellt; eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenzahnärztliche Vereinigung für die Registerakten. ²In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Abschrift des Beschlusses. ³ Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.	(5) ¹ Den Beteiligten wird alsbald je eine Ausfertigung des Beschlusses zugestellt; eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenzahnärztliche Vereinigung für die Registerakten. ²In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Abschrift des Beschlusses. ³ Der Zulassungsausschuß kann beschließen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten, wenn sie ein berechtigtes Interesse nachweisen.	Eine zielführende Mitberatung verlangt, dass der Beratende auch über das Ergebnis der Beschlussfassung unterrichtet wird; deshalb haben die Patientenvertreterinnen und -vertreter Anspruch auf Abschrift der Beschlüsse, an deren Erarbeitung sie mitgewirkt haben.	Die Patientenvertreter sind aber nicht selbst widerspruchsberechtigt oder gar klagebefugt.
§ 42 Zahnärzte-ZV [Sitzungsniederschrift]	§ 42 Zahnärzte-ZV [Sitzungsniederschrift]	§ 42 Zahnärzte-ZV [Sitzungsniederschrift]	Begründung	Kommentar
¹ Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. ² Sie soll die Namen der Sitzungs-	¹ Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. ² Sie soll die Namen der Sitzungs-	¹ Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. ² Sie soll die Namen der Sitzungs-		

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
teilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. ³ Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen.	teilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. ³ Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen. ⁴ Die Patientenvertreterinnen und -vertreter erhalten eine Niederschrift über die Tagesordnungspunkte der Sitzung, die sie gemäß § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitberaten haben.	teilnehmer, die Anträge und wesentlichen Erklärungen der Beteiligten, das Ergebnis der Beweiserhebung und die Beschlüsse enthalten. ³ Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden zu unterzeichnen. ⁴ Die Patientenvertreterinnen und -vertreter erhalten eine Niederschrift über die Tagesordnungspunkte der Sitzung, die sie gemäß § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitberaten haben.	Die Beratungstransparenz erfordert, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter auf der Grundlage einer Niederschrift über die sie betreffenden Tagesordnungspunkte den Beratungsablauf noch einmal nachvollziehen können.	Selbst erklärend.
§ 44 Zahnärzte-ZV [Widerspruch]	§ 44 Zahnärzte-ZV [Widerspruch]	§ 44 Zahnärzte-ZV [Widerspruch]	Begründung	Kommentar
¹ Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses mit Angabe von Gründen beim Berufungsausschuß einzulegen. ² Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.	¹ Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses beim Berufungsausschuß einzulegen. ² Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.	¹ Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses beim Berufungsausschuß einzulegen. ² Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.	Die Änderung streicht das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss. Das Bundessozialgericht hält das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23. Februar 2005 -B 6 KA 70/03 R - lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht wurde in der täglichen Praxis – auch von Rechtsanwälten – häufig übersehen. Dies hat erhebliche Folgen, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.	Interessante und praktisch bedeutsame Änderung. Gerade dann, wenn (Zahn)Ärzte selbst Widerspruch einlegen, erwies sich das Begründungserfordernis als Stolperstein, selbst Anwälte haben dieses übersehen. Nun entfällt es ganz.
Abschnitt XII. Gebühren	Abschnitt XII. Gebühren	Abschnitt XII. Gebühren		
§ 46 Zahnärzte-ZV [Gebühren]	§ 46 Zahnärzte-ZV [Gebühren]	§ 46 Zahnärzte-ZV [Gebühren]	Begründung	Kommentar
(1) ¹ Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben: a) bei Antrag auf Eintragung des Zahnarztes in das Zahnarztregister 25 Euro	(1) ¹ Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben: a) bei Antrag auf Eintragung des Zahnarztes in das Zahnarztregister 100 Euro	(1) ¹ Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben: a) bei Antrag auf Eintragung des Zahnarztes in das Zahnarztregister 100 Euro	Seit Jahren wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt	Hier muss man klar betonen, dass „ankasiiert“ werden soll. Durchgehend wird das Gebührenniveau um den Faktor 4 angehoben.

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
<p>b) bei Antrag des Zahnarztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 25 Euro</p> <p>c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung die Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 30 Euro</p> <p>d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Zahnarzt, des medizinischen Versorgungszentrums s oder der sonstigen zahnärztlich geleiteten Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsakts anstrebt 50 Euro.</p> <p>²Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig. ³Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.</p> <p>(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:</p> <p>a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 100 Euro</p> <p>b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 100 Euro</p> <p>c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Zahnarztes in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 100 Euro</p> <p>d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 100 Euro.</p> <p>(3) Es sind zu zahlen</p> <p>a) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenzahnärztliche Vereinigung,</p> <p>b) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und</p>	<p>b) bei Antrag des Zahnarztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro</p> <p>c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung die Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro</p> <p>d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsakts anstrebt 200 Euro.</p> <p>²Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig. ³Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.</p> <p>(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:</p> <p>a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro</p> <p>b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 400 Euro</p> <p>c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Zahnarztes bei einem Vertragszahnarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400</p> <p>d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400 Euro.</p> <p>(3) Es sind zu zahlen</p> <p>a) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenzahnärztliche Vereinigung,</p> <p>b) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und b an die Geschäftsstelle des Zulas-</p>	<p>b) bei Antrag des Zahnarztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro</p> <p>c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung die Beschlußfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro</p> <p>d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsakts anstrebt 200 Euro.</p> <p>²Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrags oder Einlegung des Widerspruchs fällig. ³Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.</p> <p>(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:</p> <p>a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro</p> <p>b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 400 Euro</p> <p>c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Zahnarztes bei einem Vertragszahnarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400</p> <p>d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400 Euro.</p> <p>(3) Es sind zu zahlen</p> <p>a) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenzahnärztliche Vereinigung,</p> <p>b) die Gebühren nach Absatz 1 Buchstaben b und c und Absatz 2 Buchstaben a und b an die Geschäftsstelle des Zulas-</p>	<p>1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 % aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen aufzubringen sind.</p> <p>Die Gebühren werden um das Vierfache erhöht. Im Übrigen handelt es sich um notwendige redaktionelle Änderungen.</p>	

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
b an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.	sungsausschusses, c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.	sungsausschusses, c) die Gebühr nach Absatz 1 Buchstabe d an die Geschäftsstelle des Berufungsausschusses.		

Artikel 7
Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung

	Die Sechste Gebührenanpassungsverordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) wird aufgehoben.	Die Sechste Gebührenanpassungsverordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) wird aufgehoben.	Mit der Aufhebung der Verordnung entfällt der bisher für in den neuen Ländern sowie in Ost-Berlin erbrachte privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, privat Zahnärztliche Leistungen nach der GOZ, Leistungen nichtärztlicher Psychotherapeuten bei Privatbehandlung nach der GOP sowie für in den neuen Ländern im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Leistungen freiberuflicher Hebammen nach der HebGV geltende Vergütungsabschlag von 10 v.H. der nach den vorgenannten Gebührenordnungen jeweils maßgeblichen Gebühren. Mit dem Wegfall des Vergütungsabschlags wird für den jeweiligen Bereich der vorgenannten Gebührenordnungen erstmalig seit der Wiedervereinigung ein im gesamten Bundesgebiet einheitliches Vergütungsniveau erreicht. Im Hinblick auf inzwischen im Wesentlichen einheitliche Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland mit weitestgehend angepasstem Kosten- und Preisniveau wäre ein weiteres Festhalten an der Vergütungs differenzierung nicht mehr sachgerecht. Zudem verbessert die Aufhebung des Vergütungsabschlags die wirtschaftliche Situation niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in Ostdeutschland und trägt damit – neben anderen Maßnahmen – mittelbar auch zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Niederlassung und damit letztlich auch zur Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Ostdeutschland bei.	Ab 01.01.2007 soll der Gebührenabschlag für privat(zahn)ärztliche Leistungen in den neuen Bundesländern entfallen.
--	---	---	--	--

Artikel 8
Inkrafttreten

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
Synopse – Stand: Endgültiger Gesetzestext –

Derzeitiges Recht	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzentwurf</u> Stand 24.05.2006 –	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – – <u>Gesetzestext</u> –	Begründung des Gesetzentwurfs – vom 30.08.2006 (BReg.) bzw. 25.10.2006 (Gesundheitsausschuss) –	Kommentierung Dr. Ratajczak Hinweise: Alter nicht fortgeführter Text = rot Neuer Text = blau + Fettdruck Nicht gegenüber dem Stand vom 24.05.2006 veränderter neuer Text: blau
	Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2007 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.	Begründung vom 25.10.2006: Die Neufassung der Inkrafttretensregelung sieht abweichende Inkrafttretenstermine für zwei Gesetzesänderungen vor. So muss die für Fachärzte für Allgemeinmedizin geltende Übergangsregelung zur Vorgabe einer mindestens fünfjährigen Weiterbildung bei Kindererziehungszeiten rückwirkend zum 1. Januar 2006 in Kraft treten, da die fünfjährige Weiterbildungspflicht bereits seit dem 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist. Das vorgezogene Inkrafttreten der Regelungen über finanzielle Hilfen zur Entschuldung ist erforderlich, damit den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um die erforderlichen Satzungsregelungen zu erlassen. Gleiches gilt für die Regelung über die getrennte Ausweisung der für die Entschuldung aufgewendeten Beitragsanteile. Da die Bundesverbände der Krankenkassen nach dem 31. Dezember 2008 ihre Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts verlieren, können die Regelungen mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an aufgehoben werden.	
	neu	(2) Artikel 1 Nr. 5a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2006 in Kraft.		Betrifft § 95 Abs. 2a SGB V.
	neu	(3) Artikel 1 Nr. 15a und 15b tritt mit Wirkung vom 27.10.2006 in Kraft und am 31. Dezember 2008 außer Kraft."		Betrifft § 222 SGB V und § 265a SGB V