

Beschluss
des Bewertungsausschusses nach
§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 168. Sitzung
zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs
je Versicherten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V.
mit § 87c Abs. 4 SGB V
bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß
§§ 73b, 73c und 140d SGB V
mit Wirkung zum 01. Oktober 2008 bis zum 31. Dezember 2009

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 01. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V entsprechend

- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach § 73b Abs. 4 SGB V vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an einem Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c Abs. 3 SGB V teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach § 73c Abs. 3 SGB V vereinbarten Versorgungsauftrag
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a SGB V vereinbarten Versorgungsbedarf

zu bereinigen.

Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht zu Stande, können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind, bzw. auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind, das Schiedsamt nach § 89 SGB V anrufen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 in Beschluss Teil B, 1.4 angekündigt, dass durch den Bewertungsausschuss ein geeignetes Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Betrages je Versicherten, der einem Selektivvertrag beitritt, beschlossen wird. Dementsprechend beschließt der Bewertungsausschuss zur Anwendung durch die gesetzlich mit der Bereinigung beauftragten Partner der Gesamtverträge folgendes Verfahren:

1. Gültigkeit

Dieser Beschluss wird mit Wirkung ab 01. Oktober 2008 mit Gültigkeit für das Abrechnungsjahr 2009 abgeschlossen und tritt mit Ablauf des 31.12.2009 außer Kraft.

Dieser Beschluss gilt für die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V, die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind, bzw. auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind.

Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31.08.2009 ein Bereinigungsverfahren für das Jahr 2010.

2. Grundsätze des Bereinigungsverfahrens

Die Inhalte der vertraglichen Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung einerseits und der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina andererseits werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart und umgesetzt. Bei der Bereinigung ist das nachfolgend beschriebene Verfahren anzuwenden. Die Vertragspartner können einvernehmlich ein abweichendes Verfahren festlegen.

Soweit nichts Anderes einvernehmlich vereinbart wird, sind rückwirkende und im laufenden Quartal erfolgende Bereinigungen nicht zulässig.

Die gesetzliche Möglichkeit zur Anrufung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V bleibt hiervon unberührt.

3. Durchführung

3.1 Voraussetzungen für die Durchführung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V

3.1.1 Abstimmung der notwendigen Datengrundlagen und Berechnungen

Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die termingerechte Bereitstellung der der Bereinigung zugrundeliegenden Daten an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung. Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse stellt der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung und dem zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene die für die Bereinigung erforderlichen Datengrundlagen gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V in geeigneter Weise maschinenles- und -verarbeitbar spätestens am 12. Tag des Monats vor dem ersten/nächsten Bereinigungsquartal zur Verfügung. Nach Eingang der Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung hat diese die Gelegenheit, die Daten innerhalb von 14 Tagen zu prüfen. Kann bis zum Ende der Prüffrist kein Einvernehmen zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung über die Plausibilität und Richtigkeit der Daten hergestellt werden, ist zur Beschlussfassung über den ggf. bestehenden Korrekturbedarf der Datengrundlage das Schiedsamt nach § 89 SGB V anzurufen.

3.1.2 Feststellung der infolge des Selektivvertrags aus dem Behandlungsbedarf entfallenden bereinigungsrelevanten ärztlichen Leistungen des EBM

Weitere Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die Darlegung über Art und Umfang der Leistungen, die durch den Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V aus dem Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V entfallen. Wenn diese Leistungen nicht eindeutig durch die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM beschrieben werden können, ist das Einvernehmen über die Feststellung der den Inhalten der Versorgung nach den Verträgen gemäß §§ 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 1.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung herzustellen. Eine Nichteindeutigkeit kann z. B. vorliegen, wenn einzelne Leistungsbestandteile aus einer Versicherten- oder Grundpauschale des EBM selektivvertraglich vereinbart werden.

Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu einer über den Ausschluss von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 1.3 Satz 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung hinausgehenden Ausgliederung weiterer vertragsärztlicher Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V sind hierbei ergänzend zu beachten. Dies gilt entsprechend bei Einbeziehung von Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Ändert sich der Inhalt und Versorgungsumfang eines bestehenden Selektivvertrags, so sind diese Auswirkungen von der Krankenkasse darzulegen. Bei Nichteindeutigkeit bezüglich der Darstellung im EBM ist zwischen den Partnern der Gesamtverträge über die Auswirkungen dieser Änderungen auf die Bereinigung ebenfalls unverzüglich das Einvernehmen herzustellen.

3.2 Grundsätze des Verfahrens

3.2.1 Quartalsweise Bereinigung

Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V erfolgt quartalsweise

- für bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossene Selektivverträge beginnend mit dem ersten Quartal 2009 unter Beachtung von 3.1.1,
- für ab dem 01. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2009 abgeschlossene Selektivverträge beginnend mit dem auf den Abschluss des Vertrages folgenden Kalenderquartal.

3.2.2 Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung

Für Selektivverträge, die bis zum 31. Dezember 2009 mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Arbeitsgemeinschaften abgeschlossen werden, kann einvernehmlich festgelegt werden, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V deklaratorisch unter

quartalsweiser einvernehmlicher Feststellung des sich aus dem jeweiligen Selektivvertrag ergebenden deklaratorischen Bereinigungsanteils des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V erfolgt.

3.2.3 Weitere Verfahrensgrundsätze

Die Partner der Gesamtverträge stellen folgende Grundsätze sicher:

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich hinsichtlich der am Selektivvertrag beteiligten Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung und ausschließlich hinsichtlich bereinigungsrelevanter selektivvertraglicher Leistungen, welche durch bereichseigene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erbracht werden.
2. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und 73 SGB V innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.
3. Doppelbereinigungen von Leistungen für einen Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden¹.
4. Nehmen in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke in Anspruch, können die Partner der Gesamtverträge vereinbaren, dass die Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgt. Dabei ist eine Bereinigung der in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsmenge nicht zulässig. Die Partner der Gesamtverträge prüfen, ob sich der in fremden KV-Bezirken erbrachte Leistungsbedarf ändert, und ergreifen ggf. geeignete Maßnahmen.
5. Erfolgt eine nicht vertragsgemäße Inanspruchnahme von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten durch in den Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte, für die eine Bereinigung erfolgt ist, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
6. Soweit die Partner der Gesamtverträge vereinbaren, den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gemäß § 73b Abs. 4 Satz 5 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung sicherstellen zu lassen, vereinbaren die Partner der Gesamtverträge eine Regelung zum Aufwendungsersatz.

¹Die Vertragspartner prüfen, inwieweit dies auch die Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung gemäß § 140d Abs. 1 SGB V betrifft.

4. Datengrundlagen für die Durchführung der Bereinigung

4.1 Quartalsweise von der Krankenkasse an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu liefernde Daten

Folgende Daten werden quartalsweise von der den jeweiligen Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse fristgerecht an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung sowie an den zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene übermittelt:

1. Angaben über den konkreten Versorgungsauftrag bzw. über dessen Änderung, insbesondere eine Liste der dem für das jeweilige Kalenderquartal nach Abschluss/Anpassung des Vertrags gültigen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig oder teilweise entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, einschließlich der Anteile bei teilweiser Entsprechung.
2. Aktuelle Liste der im jeweiligen Kalenderquartal nach Abschluss/Änderung eines Selektivvertrags am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung mit Vor- und Nachnamen, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, Status, Ein- und ggf. Austrittsdatum.
3. Aktuelle Liste der im jeweiligen Kalenderquartal am Selektivvertrag teilnehmenden bereichseigenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Vor- und Nachnamen, LANR, BSNR, Ein- und ggf. Austrittsdatum, Anzahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten je Arzt.
4. Die je Vertrag zur Bereinigung angeforderte Leistungsmenge sowie den versichertenbezogenen Leistungsbedarf der teilnehmenden Versicherten, soweit vorhanden, gemäß dem unter Abschnitt 5 beschriebenen Verfahren.

4.2 Datenlieferung bei Inanspruchnahme des Kollektivvertrags von Teilnehmern eines Selektivvertrags

Bis spätestens 5 Monate nach Abschluss des jeweiligen Bereinigungsquartals liefert die Kassenärztliche Vereinigung der am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenkasse die relevanten Versicherten-, Arzt- und Abrechnungsdaten in Fällen einer Inanspruchnahme des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. Das Nähere zum Datenaustausch hierzu vereinbaren die Partner der Gesamtverträge in einer Vereinbarung nach 3.2.3, Nr. 6.

4.3 Datengrundlagen bei der deklaratorischen Bereinigung

Haben sich die Partner der Gesamtverträge auf das Verfahren der deklaratorischen Bereinigung geeinigt, erfolgt der Austausch der Datengrundlagen zwischen der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse und der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung analog 4.1.

4.4 Verpflichtung zum Datenschutz

Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse sowie die betroffene Kassenärztliche Vereinigung stellen die Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Anforderungen sicher und verwenden die Daten ausschließlich zum Zweck der Bereinigung. Eine Weitergabe der Daten durch die Kassenärztliche Vereinigung an Dritte erfolgt mit Ausnahme von 4.6 nicht.

4.5 Vereinbarung der konkreten Inhalte und Übermittlungsverfahren

Die konkreten Inhalte und Übermittlungsverfahren nach 4.1 bis 4.3 vereinbaren die regionalen Vertragspartner. Dabei ist die einvernehmliche Vereinbarung von Abweichungen möglich.

4.6 Datenübermittlung an das Institut des Bewertungsausschusses

Zur Durchführung der dem Institut des Bewertungsausschusses gesetzlich übertragenen Aufgaben werden die Daten gemäß § 87 Abs. 3f SGB V von den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband und von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die KBV an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt. Die Krankenkassen übermitteln über den GKV-Spitzenverband auch die Diagnosen, der an selektivvertraglichen Versorgungsmodellen teilnehmenden Versicherten gemäß § 295 Abs. 1 Nr. 2 SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses. Das Nähere zur Übermittlung und Pseudonymisierung der Daten wird in einer ergänzenden Beschlussfassung bis 31.01.2009 vom Bewertungsausschuss geregelt.

5. Berechnung des für ein Quartal zu bereinigenden Behandlungsbedarfs

5.1 Bereinigungsverfahren

Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein ganzes Kalenderquartal gemäß der nach Abschnitt 4 von der Krankenkasse an die betreffende Kassenärztliche Vereinigung übermittelten und abgestimmten Daten. Von dem für das aktuelle Quartal vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V wird der quartalsbezogene Bereinigungsbetrag, gemäß 5.1.1 und 5.1.2 abgezogen.

Der für einen Versicherten ermittelte Bereinigungsbetrag gilt auch für Folgequartale der Teilnahme am Selektivvertrag, soweit sich der selektivvertragliche Versorgungsauftrag nicht geändert hat.

5.1.1 Bereinigung bei Einschreibung des Versicherten in einen Selektivvertrag

Der für die in selektivvertragliche Versorgungsmodelle eingeschriebenen Versicherten auf ein Quartal abgegrenzte historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsbedarf 2007 wird ermittelt und von der quartalsbezogenen Gesamtvergütung abgesetzt.

Dazu wird für die gemäß den Datenlieferungen im aktuellen Quartal in selektivvertraglichen Versorgungsleistungen teilnehmenden Versicherten der auf ein Jahr bezogene innerhalb der KV erbrachte Leistungsbedarf 2007 gemäß dem jeweiligen die Kollektivversorgung ersetzenden für dieses Quartal geltenden Versorgungsauftrag des Selektivvertrags erhoben. Datenbasis hierfür sind die den Krankenkassen vorliegenden Daten gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise). Die in Euro bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V in Punkte umzurechnen. Sollte der Leistungsbedarf eines Versicherten im Einzelfall nicht bekannt sein, so geht vertragsspezifisch der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten der übrigen Selektivvertragsteilnehmer gemäß diesem Versorgungsauftrag in diese Leistungsmenge ein. Dies gilt auch, wenn der Versicherte weniger als 2 Quartale bei der jeweiligen Krankenkasse versichert war.

Der auf ein Jahr bezogene Leistungsbedarf wird durch 4 geteilt bzw. entsprechend der regionalen Vereinbarung zur Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Quartale aufgeteilt.

Die abzusetzende Leistungsmenge wird angepasst um den möglichst versorgungsauftragsspezifisch zu ermittelnden EBM-Effekt, die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate gemäß Beschlussteil B Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008, um die Anpassungsfaktoren auf die in Punkten bewertete Leistungsmenge gemäß Beschlussteil A Nr. 2.4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 sowie in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008, sowie um die jeweils gültige HVV-Quote. Insoweit der EBM-Effekt nicht versorgungsauftragsspezifisch berechnet werden kann, gilt der EBM Effekt von 9,7%.

5.1.2 Bereinigung ohne Einschreibung des Versicherten in einen Selektivvertrag

Der quartalsbezogene Leistungsbedarf für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen (keine ex-ante Einschreibung) wird folgendermaßen ermittelt und von der quartalsbezogenen Gesamtvergütung abgesetzt.

Der auf ein Quartal bezogene Leistungsbedarf für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen, wird ermittelt aus der Summe dieser Leistungen einer Krankenkasse in 2007 geteilt durch die Zahl der diese Leistungen inanspruchnehmenden Versicherten dieser Krankenkasse in 2007 und multipliziert mit der einvernehmlich festzustellenden Zahl der zu berücksichtigenden Inanspruchnehmer innerhalb des Selektivvertrags im zu bereinigenden Quartal 2009.

Der Leistungsbedarf wird angepasst um den möglichst versorgungsauftragsspezifisch zu ermittelnden EBM-Effekt, die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate gemäß Beschlussteil B Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner

7. Sitzung am 27./28. August 2008, um die Anpassungsfaktoren auf die in Punkten bewertete Leistungsmenge gemäß Beschlussteil A Nr. 2.4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 sowie in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008, sowie um die jeweils gültige HVV-Quote. Insoweit der EBM-Effekt nicht versorgungsauftragsspezifisch berechnet werden kann, gilt der EBM Effekt von 9,7%.

Die Krankenkassen können mit der betreffenden KV, deren Gesamtvergütung bereinigt wird, ein abweichendes Verfahren zur Feststellung und Bereinigung des Behandlungsbedarfs für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen, anwenden.

Doppelbereinigungen des Behandlungsbedarfs für einen Versicherten bezüglich des Behandlungsbedarfs nach 5.1.1 und 5.1.2 sind zu vermeiden.

5.2 Deklaratorische Bereinigung

Im Rahmen der deklaratorischen Bereinigung nach 3.2.2 werden die Bereinigungs- bzw. Rückbereinigungsbeträge entsprechend den Verfahren nach 5.1 einvernehmlich festgestellt. Eine dementsprechende Absenkung der von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen unterbleibt, weil die Kassenärztliche Vereinigung auch die arztseitige Rechnungslegung im Selektivvertrag durchführt.

5.3 Verrechnung von Fehlschätzungen

Fehlschätzungen von Bereinigungsbeträgen werden - mit Ausnahme der einvernehmlich festzustellenden Zahl der zu berücksichtigenden Inanspruchnehmer innerhalb des Selektivvertrags nach Abschnitt 5.1.2 - mit der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2010 ausgeglichen.

6. Rechnungslegung

Die von den Partnern der Gesamtverträge einvernehmlich festgestellten Bereinigungsvolumina bzw. Rückbereinigungsvolumina gemäß Abschnitt 5 sind bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen sowie bei der Schlusszahlung zu berücksichtigen. Der Ausweis erfolgt ggf. über das Formblatt 3 bzw. den Rechnungsbrief.

7. Gemeinsame Ziele der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

7.1 Kennzeichnung des Selektivvertragsstatus auf der elektronischen Gesundheitskarte

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses wirken darauf hin, dass für Selektivvertragsteilnehmer im Statusfeld der elektronischen Gesundheitskarte eine verpflichtende, für den jeweiligen Selektivvertrag und dessen Leistungsumfang spezifische Kennzeichnung geschaffen wird.

7.2 Bildung einer Transparenzstelle zur Erfassung der Selektivverträge

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bilden bis zum 31.03.2009 eine Transparenzstelle für Verträge gemäß §§ 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V. Das Nähere zum Aufbau und zu den Aufgaben der Transparenzstelle regeln die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in einer separaten Vereinbarung. Der Bewertungsausschuss wird prüfen, inwieweit das Institut des Bewertungsausschusses die Aufgaben der Transparenzstelle zur Erfassung der Selektivverträge übernehmen kann.