

**Beschlussempfehlung und Bericht**  
des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung  
– Drucksachen 17/6906, 17/7274 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen  
in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers,  
Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/3215 –

**Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfs-  
gerechten gesundheitlichen Versorgung**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-  
Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/7190 –

**Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheits-  
versorgung auf den Weg bringen**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Vogler, Jan Korte,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/7460 –

**Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte**

**A. Problem**

Zu Buchstabe a

Nach Auffassung der Bundesregierung ist die Sicherstellung einer flächen-deckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Um das auch im weltweiten Vergleich hohe Leistungsniveau des deutschen Gesundheitswesens zu erhalten und zu verbessern, gebe es angesichts der demographischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringen werde, gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Schwerwiegende chronische Erkrankungen und Multimorbidität nähmen tendenziell zu. Dies führe zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen. Gleichzeitig sinke tendenziell aufgrund der demographischen Entwicklung das Nachwuchspotential in medizinischen und pflegerischen Berufen. Wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht geändert würden, drohe insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten. Dieser Mangel würde sich für die Patienten und ihre Versorgung direkt auswirken. Daher bedürfe es eines Bündels von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, um den strukturellen Problemen der Versorgung rechtzeitig zu begegnen.

Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung seien die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt worden. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes habe Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung gesteigert, indem es eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten etabliert habe.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung sollten nunmehr Weichenstellungen in den Versorgungsstrukturen erfolgen, damit das Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten könne. Gleichzeitig seien weitere Reformen im System der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütung notwendig.

Zu Buchstabe b

Nach Auffassung der Antragsteller ist das geltende System der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen und der Krankenhausversorgung nicht geeignet, das Hauptanliegen sozialer Gesundheitspolitik, eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu garantieren, zu realisieren. Es gebe zum Teil gravierende Unterschiede in der Versorgungsdichte. Statt die tatsächliche Morbidität festzustellen, würden nur gewachsene Versorgungsstrukturen der Bedarfsplanung zugrunde gelegt. Mit den existierenden rechtlichen Instrumentarien gelinge es nicht, die Arztdichte effektiv zu regulieren. Für andere Gesundheitsberufe gebe es derzeit überhaupt keine Bemühungen, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller wird der Gesetzentwurf der Bundesregierung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) den Herausforderungen, vor denen das deutsche Gesundheitswesen angesichts der durch den demographischen Wandel bedingten Veränderung von Krankheitsbildern und des Wandels der Patientenansprüche stehe, nicht gerecht. Neue Versorgungslösungen würden behindert, bestehende Instrumente zum Abbau von Über- und Fehlversorgung wieder abgeschafft, wirksame Anreize für mehr Qualität nicht geschaffen und die Potentiale nichtärztlicher Gesundheitsberufe nicht genutzt. Der Entwurf

orientiere sich nicht an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, sondern an den finanziellen Interessen einzelner Leistungserbringer.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller begrüßen zwar den Nutzen von Telematik im Gesundheitswesen, bewerten aber das Konzept der elektronischen Gesundheitskarte als unzureichend. Gravierende Mängel sehen sie bei dem Kosten-Nutzen-Verhältnis, dem Datenschutz, der Freiwilligkeit der Nutzung sowie der freien Entscheidung hinsichtlich einer zentralen oder dezentralen Speicherung für die Patienten.

## **B. Lösung**

Zu Buchstabe a

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ziele darauf ab, im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar zu verbessern, etwa indem bürokratische Hemmnisse abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt und die Behandlungsabläufe für Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt würden.

Auf verschiedenen Steuerungs- und Verantwortungsebenen des Gesundheitssystems würden starre Planungsvorgaben gelockert. Den Beteiligten würden flexible Möglichkeiten eröffnet, den regionalen Gegebenheiten und Erfordernissen entsprechend in größerer Eigenverantwortung die gesundheitliche Versorgung zu steuern. Die Länder bekämen mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten als bisher.

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

### **1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung**

Der Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung dienen insbesondere:

- eine zielgenauere und regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder,
- ein Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit entsprechenden Anreizen auch im Vergütungssystem sowie der Förderung mobiler Versorgungskonzepte sowie
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerade auch im ärztlichen Beruf.

### **2. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems**

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird reformiert:

- Im System der vertragsärztlichen Vergütung erfolgt eine Flexibilisierung und Regionalisierung. Zentrale Vorgaben werden zurückgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Flexibilität bei der Honorarverteilung und die Vertragspartner auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vergütungsvereinbarungen.
- Überregulierungen werden abgebaut. Die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner, auf Bundesebene für die Ärztinnen und Ärzte Richtlinien zur Dokumentation der ärztlichen Behandlungsdiagnosen zu erarbeiten (ambulante Kodierrichtlinien), entfällt.

### 3. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

- Die vertragszahnärztliche Vergütung wird weiterentwickelt. Den regionalen Vertragspartnern werden größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet.
- Es werden gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen geschaffen.

### 4. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Um ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten, wird schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung eingeführt.

### 5. Innovative Behandlungsmethoden

Zur Verbesserung der Bewertung innovativer Behandlungsmethoden erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Erprobung von Methoden mit Potential, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist.

### 6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden weiterentwickelt mit dem Ziel, Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen zu erhöhen sowie die erforderliche Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten weiter zu stärken.

### 7. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen werden vergrößert, damit Patientinnen und Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen. Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen werden erweitert.

### 8. Weitere Maßnahmen des Gesetzes sind u. a.:

- eine Modifizierung der Zulassungsregelungen für medizinische Versorgungszentren zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen,
- Flexibilisierung und Deregulierungen im Bereich der Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere im Heilmittel-, aber auch im Arzneimittelbereich,
- Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel, die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern,
- eine Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen.

**Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

Zu Buchstabe b

1. Eine alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung umfassende Bedarfsplanung solle die Morbidität, die Mobilität, die Handicaps, die Geschlechterverteilung, die Demographie, die regionale Infrastruktur und die soziale Entwicklung einbeziehen.
2. Die Ermittlung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung solle auf eine fundierte, evidente Basis gestellt werden.

3. Die Bedarfsplanung solle kleinräumig organisiert werden. Die strikte Unterscheidung zwischen den Sektoren – ambulant, stationär und pflegerisch – bei Planung und Versorgung werde sukzessive zu Gunsten einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung überwunden.
4. In Modellversuchen sollten fahrende barrierefreie Praxen erprobt und mittels eines Shuttle-Service die Erreichbarkeit von ambulanten und stationären Strukturen gesichert werden.
5. Verschiedene ärztliche Aufgaben sollten auf andere, bereits existente oder zu schaffende Berufe flächendeckend übertragen werden.
6. Zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung werden für alle Gesundheitsberufe verstärkt Angestelltenverhältnisse ermöglicht. Dafür werden poliklinische Strukturen verbessert und ausgebaut.
7. Um flexible Anpassungen zu ermöglichen bzw. möglicher Überversorgung wirksam entgegenzutreten zu können, sollten Automatismen zur Ausweitung und Zementierung der Menge an ambulanter ärztlicher Versorgung aufgehoben werden.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/3215 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung soll aufgefordert werden, den vorliegenden Gesetzentwurf zurückzuziehen und einen neuen Entwurf auszuarbeiten, durch den

1. die bisherige Bedarfsplanung reformiert werde hin zu einer sektorübergreifenden und auf gründlichen Analysen (u. a. unter Berücksichtigung der Morbidität und Sozialstruktur) und Versorgungszielen fußenden Versorgungsplanung;
2. die Primärversorgung deutlich aufgewertet und in ihrer Rolle als Lotse der Versorgung gestärkt werde;
3. die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu gestaltet werde, Anreize für mehr teamorientierte Zusammenarbeit entstünden und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten ermöglicht würden;
4. mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen wie regionale Versorgungsverbände, Gesundheitszentren und mobile Lösungen geschaffen würden;
5. wirksame Anreize zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesetzt würden.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/7190 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE.**

Zu Buchstabe d

Die Bundesregierung wird aufgefordert, das Konzept der elektronischen Gesundheitskarte so lange zurückzustellen, bis folgende Bedingungen erfüllt seien:

1. eine Bewertung unter Einbeziehung der bei der Erprobung gewonnenen Erkenntnisse, bei der sich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis ergäbe,
2. die Garantie, dass weder Kostenträger noch staatliche Stellen, Industrieunternehmen oder andere „Dritte“ auf die sensiblen Gesundheitsdaten zugreifen könnten,

3. die Gewährleistung der Freiwilligkeit der Nutzung aller neuen Funktionen und

4. eine Prüfung geeigneter technischer Alternativen zur Speicherung von Daten auf zentralen Servern durch unabhängige Gutachter.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/7460 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE.**

### C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 und Annahme eines der drei Anträge.

### D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Zu Buchstabe a

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden.

#### 1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte entstehen möglicherweise Mehrbelastungen für den Bund im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden können.

#### 2. Haushaltsausgaben mit Vollzugaufwand

##### a) Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bundesversicherungsamt werden neue Aufgaben übertragen und vorhandene Aufgaben werden ausgeweitet. Andererseits werden bestehende Aufgaben eingeschränkt. Dem Bundesversicherungsamt entsteht dadurch per saldo ein geringer personeller und sächlicher Mehraufwand. Die damit verbundenen Personalkosten belaufen sich auf rund 0,5 Mio. Euro. Über den genauen Umfang neu auszubringender Stellen und Planstellen ist im Rahmen der Haushaltsberatungen zu entscheiden. Die neu auszubringenden Planstellen und Stellen sind ganz überwiegend aus dem Personalüberhang des Bundes zu besetzen.

Die Übernahme der Aufgaben der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle (§§ 303c und 303d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) macht darüber hinaus eine zusätzliche Personalausstattung bei einer noch durch eine Rechtsverordnung zu bestimmenden ausführenden Behörde des Bundes notwendig. Die durch diese Stellen und Planstellen entstehenden Kosten (einschl. der Sachkosten) werden vollständig von den Krankenkassen erstattet und über Nutzungsentgelte refinanziert.

Für die Bundesländer kann durch die erweiterten Beanstandungs- und Beteiligungsrechte im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sowie das Recht, ein sektorübergreifendes Gremium zu schaffen in geringem Umfang derzeit nicht quantifizierbarer Mehraufwand entstehen, der von der konkreten Ausgestaltung auf der jeweiligen Länderebene abhängt.

##### b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die im Jahr 2010 verabschiedeten ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften wurde die GKV

ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von insgesamt rund 3,5 Mrd. Euro finanzwirksam entlastet. Die Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes dienen vor allem der nachhaltigen Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und fördern auch langfristig die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit werden der Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich Instrumente an die Hand gegeben, Versorgungslücken im ambulanten Sektor insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungsleistungen vor allem im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgung mit Notfall- und Rettungsdiensten zu vermeiden. Es ist notwendig und langfristig auch aus finanzieller Sicht durchaus sinnvoll, Versorgungsstrukturen zu stützen, bevor Versorgungsdefizite vermehrt entstehen und daraus hohe Mehrausgaben resultieren.

Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen können einerseits durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige vertragsärztliche Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten sowie durch Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen entstehen, deren Umfang in den Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird. Diese Mehrausgaben könnten sich – je nach Umsetzung durch die Vertragspartner – insgesamt auf eine geschätzte jährliche Größenordnung zwischen 150 und 200 Mio. Euro belaufen. Durch die Bildung von Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die von allen Krankenkassen mit einem zusätzlichen Ausgabenbetrag in Höhe von 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung mitzufinanzieren sind, können Mehrausgaben der Krankenkassen in einer Größenordnung von ca. 25 Mio. Euro entstehen, so dass sich die Summe der geschätzten jährlichen Mehrausgaben auf eine Größenordnung von rund 200 Mio. Euro beläuft. Solchen Mehrausgaben stehen im erheblichen nicht quantifizierbaren Umfang Minderausgaben durch Vermeidung unnötiger Einweisungen zur stationären Versorgung oder von Krankentransporten und Rettungsfahrten insbesondere in strukturschwachen Regionen gegenüber, die aus einer Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich resultieren. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Durch die Reform der vertragsärztlichen Vergütungssystematik wird das Vergütungsgeschehen weitgehend regionalisiert. Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen dadurch nicht. Das Morbiditätsrisiko, das heißt Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten, liegt wie bisher auf der Seite der Krankenkassen: Das bedeutet, dass die Krankenkassen höhere Gesamtvergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen veranschlagen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt oder wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden. Sofern es im Zeitablauf einen Anstieg bei den für Arztpraxen relevanten Kosten gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann, sind von den Krankenkassen auch die sich daraus ergebenden Effekte in Form höherer Preise zusätzlich zu vergüten.

Mit der Aufhebung der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten zeitlich beschränkt auf die Jahre 2011 und 2012 vorgesehenen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung können im Bereich der extrabudgetären Leistungen (insbesondere des ambulanten Operierens) im Jahr 2012 zwar nicht quantifizierbare Mehrausgaben bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbunden sein. Diesen aus einer vorzeitigen Aufhebung dieser Ausgabenbegrenzungen

resultierenden einmaligen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Minder Ausgaben durch die Vermeidung von stationären Behandlungen gegenüber.

Für das Jahr 2013 entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung durch die Neujustierung der Honorarstrukturen Mehrausgaben von bis zu 120 Mio. Euro. Die Bundesregierung wird die mit diesen Maßnahmen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im vertragszahnärztlichen Bereich einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren.

Der Leistungsumfang eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs umfasst zum einen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen. Daneben werden Teilbereiche ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Leistungen einbezogen, sofern diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach gesetzlichen Kriterien der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugeordnet werden. Die ökonomischen Auswirkungen der Bildung eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs werden daher im Wesentlichen vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die von ihm vorgenommene Ausgestaltung dieses Versorgungsbereichs determiniert sowie von den die Vergütungen vereinbarenden Vertragspartnern.

Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wie Qualitätsanforderungen, Überweisungserfordernisse und die Verpflichtung zu Kooperationen zwischen den Leistungserbringern wirken einer extensiven Teilnahme der Leistungserbringer entgegen. Zudem betrifft der spezialärztliche Versorgungsbereich Indikationen ohne hohe Mengenrisiken. Die Möglichkeiten einer angebotsinduzierten Nachfrage sind als gering einzuschätzen, da es sich um schwere oder seltene Erkrankungen handelt. Die Versorgung dieser Krankheiten erfolgt bereits derzeit entweder ambulant oder stationär, die Leistungen werden zukünftig durch die Vorgaben des neuen Versorgungsbereiches aber gezielter und qualitativ hochwertiger erbracht werden.

Im Übrigen bietet die Regelung neben der Optimierung der Patientenversorgung bei Erkrankungen und Leistungen mit besonderem spezialärztlichem Versorgungsbedarf auch günstige Synergieeffekte und Kosteneinsparpotentiale, insbesondere durch Vermeidung stationärer Aufenthalte und von Kosten infolge von Komplikationen und Folgeerkrankungen, die allerdings nicht quantifizierbar sind. Die Erhöhung der Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich mit sich, denn inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die qualifiziertere Behandlung im Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung führt in einer Gesamteinschätzung damit nicht einseitig zu höheren Ausgaben, sondern gleichzeitig in der Perspektive zu Einsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung durch eine gezieltere Diagnostik und bedarfsgerechtere Behandlung.

Durch die Möglichkeit der Erprobung innovativer Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss können Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung über den Systemzuschlag nach den §§ 91, 139c SGB V entstehen. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen der Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss können fünf Erprobungen pro Jahr mit einer Laufzeit von 5 Jahren pro Erprobung angenommen werden. Bei angenommenen jeweiligen mit der Erprobung verbundenen Overhead-Kosten von ca. 0,5 Mio. Euro pro Erprobung und Jahr, entstünden im ersten Jahr Kosten von ca. 2,5 Mio. Euro, im zweiten Jahr 5 Mio., im dritten Jahr 7,5 Mio., im vierten Jahr 10 Mio. Euro und ab dem fünften Jahr dann 12,5 Mio. Euro jähr-

lich. Diese Kosten werden durch die angemessene Beteiligung von betroffenen Herstellern oder Anbietern der zu erprobenden Methode erheblich reduziert.

Durch die Ausweitung der bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen können in dem Umfang, in dem die einzelnen Krankenkassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen. Solche Mehrausgaben sind – sofern sie jeweils nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können – aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch die Erweiterung von Satzungsleistungen auch aufwändigere Behandlungen verkürzt oder vermieden werden und dadurch Einsparungen erzielt werden können.

Durch die Neuregelungen zur Datentransparenz (§ 303a ff. SGB V) entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 geschätzte Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro und in den Folgejahren jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 0,5 Mio. Euro, die sich durch die Einnahme von Nutzungsgebühren reduzieren werden.

Die Bundesregierung wird die mit den Maßnahmen nach Artikel 1 §§ 85 und 87a Absatz 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluierungen wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich bleibt unberührt.

Zu Buchstabe b

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

## **E. Sonstige Kosten**

Zu Buchstabe a

Kosten für die Wirtschaft, die über die unten aufgeführten Bürokratiekosten hinausgehen, können durch die vorgesehene Beteiligung der Hersteller an den Kosten der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entstehen. Die Höhe der damit verbundenen Kosten bei den betroffenen Unternehmen ist derzeit nicht abschätzbar.

Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Zu Buchstabe b

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

## F. Bürokratiekosten

Zu Buchstabe a

### 1. Bürokratiekosten für die Wirtschaft

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft.

Der Entwurf enthält eine einmalig anfallende Informationspflicht für medizinische Versorgungszentren. Diese haben gegenüber dem jeweiligen Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist. Im Rahmen der Ex-ante-Schätzung sind Kosten in Höhe von insgesamt 9 600 Euro zu erwarten.

Im Zusammenhang mit der Ausübung des Vorkaufrechts nach Artikel 1 § 103 Absatz 4d entsteht für die Vertragsärzte eine Informationspflicht.

Im Zuge der Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung werden zwei neue Informationspflichten eingeführt.

Zum einen müssen Leistungserbringer, die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, gegenüber der zuständigen Landesbehörde einmalig anzeigen, dass sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Zum anderen müssen die zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer ihre Teilnahme unter Angabe des Leistungsbereichs, auf den sich ihre Zulassung erstreckt, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft melden. In beiden Fällen ist der Zeitaufwand als gering anzusehen, so dass auch die anfallenden Bürokratiekosten insgesamt gering ausfallen werden.

Im Rahmen der neu geschaffenen Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, eine Richtlinie zur Erprobung neuer Methoden zu beschließen, können drei Informationspflichten für die Wirtschaft entstehen.

Zum einen müssen die Leistungserbringer (z. B. Ärzte und Krankenhäuser), die an der Erprobung einer neuen Leistung teilnehmen wollen, gegenüber der mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung beauftragten Institution nachweisen, dass sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Anforderungen erfüllen. Zum anderen sind die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. Für den hierdurch entstehenden zusätzlichen Aufwand erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer eine angemessene Aufwandsentschädigung von der beauftragten Institution. Schließlich können Medizinproduktehersteller oder in sonstiger Weise Anbieter einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode beim G-BA beantragen, dass er eine Richtlinie zur Erprobung beschließt. Es ist derzeit nicht absehbar, wie häufig der G-BA Richtlinien zur Erprobung beschließen wird und wie viele Medizinproduktehersteller eine Erprobung beantragen werden.

Diesen zum Teil im einzelnen nicht bezifferbaren zusätzlichen Bürokratiekosten stehen konkrete Entlastungen gegenüber.

Durch den Wegfall der bisherigen Ambulanten Kodierrichtlinien wird der Verschlüsselungsaufwand bei der Angabe der Behandlungsdiagnosen für die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt reduziert.

Im Zuge der Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Regelungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen entfällt das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation und damit der papiergebundenen

Einreichung der sogenannten Versandliste. Daraus folgt eine Verringerung der Bürokratiekosten um ca. 0,1 Mio. Euro pro Jahr.

Durch die Einführung eines sektorübergreifenden Versorgungsbereichs für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird eine Informationspflicht für die teilnehmenden Krankenhäuser modifiziert und ihr bisheriger Aufwand im Rahmen ihrer Bestimmungen durch die Länder reduziert.

Durch die verbindliche Festlegung anzuerkennender Praxisbesonderheiten entfällt für entsprechende Fälle die Darlegungs- und Begründungspflicht bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

## 2. Bürokratiekosten für Bürgerinnen und Bürger

Es wird eine neue Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt.

## 3. Bürokratiekosten für die Verwaltung

Im Zuge der Regionalisierung und Dezentralisierung bei den Neuregelungen zur vertragsärztlichen Vergütung und Bedarfsplanung entstehen der Verwaltung in der vertragsärztlichen Versorgung neun neue Informationspflichten.

Dem stehen in der vertragsärztlichen Versorgung sieben wegfallende Informationspflichten gegenüber.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung entsteht eine neue Informationspflicht. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jeweils zum 1. Oktober eines Jahres die Zahl ihrer Versicherten mitzuteilen.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entstehen durch die Pflicht, in der Begründung zu seinen Beschlüssen eine Bürokratiekostenschätzung zu dokumentieren, neue Informationspflichten.

Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen im Rahmen der Regelungen zu Kassenschließungen und der Wahrung der Versichertenrechte in diesem Zusammenhang vier Informationspflichten.

Im Rahmen der Abrechnungen zwischen Krankenkassen und sonstigen Leistungserbringern entfallen zwei Informationspflichten.

Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen entfallen zwei Informations- oder Meldepflichten. Durch die Entfristung der Zulassungen entfällt die Pflicht der Krankenkassen, die Wiederzulassung der Programme beim Bundesversicherungsamt zu beantragen. Beim Bundesversicherungsamt entfällt der mit der Erteilung von Wiederzulassungen verbundene Verwaltungsaufwand.

Zu Buchstabe b

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

## **Beschlussempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Antrag auf Drucksache 17/3215 abzulehnen,
- c) den Antrag auf Drucksache 17/7190 abzulehnen,
- d) den Antrag auf Drucksache 17/7460 abzulehnen.

Berlin, den 30. November 2011

### **Der Ausschuss für Gesundheit**

**Dr. Carola Reimann**  
Vorsitzende

**Jens Spahn**  
Berichtersteller

**Heinz Lanfermann**  
Berichtersteller

**Dr. Marlies Volkmer**  
Berichterstellerin

**Dr. Martina Bunge**  
Berichterstellerin

**Dr. Harald Terpe**  
Berichtersteller

## Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) – Drucksachen 17/6906, 17/7274 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

### Entwurf

#### Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

#### Artikel 1

##### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder *in der Regel* tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

### Beschlüsse des 14. Ausschusses

#### Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

#### Artikel 1

##### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder **regelmäßig** tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. **Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.**“

1a. § 4 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, dürfen sich die Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 nicht erhöhen.“

b) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 und Satz 5 sowie § 291a Absatz 7 Satz 7 gelten entsprechend.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) *In Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.*
  - b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
 

„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“
- 1b. § 8 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) **In Nummer 2a werden vor dem Semikolon die Wörter „oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes“ und vor dem Komma die Wörter „oder die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes“ eingefügt.**
  - b) **In Nummer 3 werden jeweils nach dem Wort „Pflegezeit“ die Wörter „oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase“ eingefügt.**
- 1c. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) **In Nummer 7 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.**
  - b) **Nummer 8 wird gestrichen.**
- 1d. **In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:**
- „dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten.“**
2. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
    - aa) **In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung“ eingefügt.**
    - bb) **In Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.**
  - b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
 

„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen **apothekenpflichtigen** Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; **sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leis-**

## Entwurf

3. Nach § 19 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die Leistungsentscheidungen *der geschlossenen* Krankenkasse fort. *Die Krankenkasse, die das Mitglied aufnimmt, darf Leistungsentscheidungen nur unter den Voraussetzungen der §§ 44 bis 48 des Zehnten Buches zurücknehmen.*“

4. Dem § 28 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum ... [6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 15 Absatz 1] für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

5. Nach § 32 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) *Bei* langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag *des Versicherten* die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**tungserbringung zu regeln.** Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“

3. Nach § 19 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die **von dieser Krankenkasse getroffenen** Leistungsentscheidungen **mit Wirkung für die aufnehmende** Krankenkasse fort. **Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. Beim Abschluss von Wahlтарifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von aufnehmenden Krankenkasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden. Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.**“

- 3a. § 20d Absatz 1 Satz 6 wird aufgehoben.

- 3b. In § 21 Absatz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 1993“ gestrichen.

- 3c. § 24b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Wörter „den allgemeinen Pflegesatz“ durch die Wörter „die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

4. unverändert

5. Nach § 32 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) **Versicherte mit** langfristigem Behandlungsbedarf **haben die Möglichkeit, sich** auf Antrag die erforderlichen Heilmittel **von der Krankenkasse** für einen geeigneten Zeitraum genehmigen **zu lassen**. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

6. Dem § 33 wird folgender Absatz 9 angefügt:  
„(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.“
7. § 35c Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Medizinprodukte“ ein Komma und werden die Wörter „davon mindestens eine ständige Expertengruppe, die fachgebietsbezogen ergänzt werden kann“ eingefügt.
- b) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:  
„Das Nähere zur Organisation und Arbeitsweise der Expertengruppen regelt eine Geschäftsordnung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit der Experten gilt § 139b Absatz 3 Satz 2 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Expertengruppen mit Bewertungen nach Satz 1 beauftragen; das Nähere regelt er in seiner Verfahrensordnung. Bewertungen nach Satz 1 kann auch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragen.“
8. Dem § 39 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:  
„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“
9. In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen“ durch die Wörter „§ 111c besteht“ ersetzt.
10. § 47a wird aufgehoben.
6. unverändert
- 6a. In § 34 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. März 2004“ gestrichen.**
- 6b. In § 35 Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Nummer 1 sowie erstmals zum 1. April 2006 auch nach den Nummern 2 und 3“ gestrichen.**
7. unverändert
- 7a. In § 37b Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2007“ gestrichen.**
- 7b. In § 38 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.**
8. unverändert
9. unverändert
10. unverändert
- 10a. § 49 Absatz 2 wird aufgehoben.**
- 10b. In § 55 Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „, frühestens seit dem 1. Januar 1989,“ gestrichen.**
- 10c. § 62 wird wie folgt geändert:**
- a) In Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „bis zum 31. Juli 2007“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

10d. In § 64 Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe „§ 63 Abs. 1“ die Angabe „oder § 64a“ eingefügt und wird die Angabe „85a“ durch die Angabe „87a“ ersetzt.

10e. Nach § 64 wird folgender § 64a eingefügt:

„§ 64a

**Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung**

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene gemeinsam können mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren. Werden Modellvorhaben in mehreren Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in einem Bezirk einigen. Überschüsse aufgrund von Minderaufwendungen, die durch Maßnahmen des Modellvorhabens nach Satz 1 bei den Krankenkassen realisiert werden, sind in Teilen an die Leistungserbringer weiterzuleiten. Die durch das Modellvorhaben den Krankenkassen entstehenden Mehraufwendungen sind auszugleichen. Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst das Nähere zu dem Modellvorhaben, insbesondere

1. einen Katalog für eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in allen versorgungsrelevanten Indikationen,
2. die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation,
3. die Grundsätze zur Ermittlung von Überschüssen und deren teilweise Weiterleitung an die Leistungserbringer nach Satz 3 sowie zum Ausgleichsverfahren nach Satz 4.

Im Übrigen gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 § 63 Absatz 3 und 4 bis 6 entsprechend. § 65 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Begleitung und Auswertung von den Vertragspartnern nach Satz 1 veranlasst wird. Für das Modellvorhaben ist eine Vereinbarung nach § 106 Absatz 3b zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 können gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Inhalt und zur Durchführung des Modellvorhabens vereinbaren, die in der Vereinbarung nach Satz 1 zu beachten sind.

(2) Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Absatz 2 zur Festsetzung des Inhalts der Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

11. § 71 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.“
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Sie geben den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen Verträge nach Satz 2 oder § 73b Absatz 4 wirksam werden, Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellen vor einer Beanstandung das Benehmen her.“
- b) In Absatz 5 wird die Angabe „73c“ durch die Angabe „73b, 73c“ ersetzt.
- c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
- „(6) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen, Verträge nach § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 abzuschließen.“
12. § 73 Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
- „(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“
13. § 73b Absatz 4a wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 4 werden die Wörter „und die Festlegung des Vertragsinhalts“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.“
- Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde. Das Schiedsamt wird um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen ist. Das so erweiterte Schiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“
11. § 71 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Anforderungen“ die Wörter „der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder“ eingefügt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) unverändert
- bb) unverändert
- c) unverändert
- d) unverändert
12. § 73 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
- „(7) unverändert
- b) In Absatz 8 Satz 8 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2006“ gestrichen.
13. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

14. Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen.“

15. § 77 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Kassenärztliche Vereinigungen auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Bundesvereinigung nach Absatz 4 ist vor der Vereinigung zu hören. Die gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung kann nach Bereichen der an der Vereinigung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen getrennte Gesamtverträge längstens für bis zu vier Quartale anwenden. Darüber hinaus können die Vertragspartner der Gesamtverträge unterschiedliche Vergütungen im Einvernehmen mit der zuständigen

14. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und“ eingefügt.

- bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. In den Gesamtverträgen nach § 83 ist zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.“

- b) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni 2002“ gestrichen und wird nach dem Wort „sind,“ das Wort „und“ gestrichen.

bb) In Nummer 3 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.

- cc) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Notdienstnummer aufzustellen.“

- c) In Absatz 7a Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2009“ gestrichen.

15. § 77 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 und 3 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, können sich diese nach Absatz 2 vereinigen.“

- b) unverändert

## Entwurf

Aufsichtsbehörde vereinbaren, soweit es zum Ausgleich unterschiedlicher landesrechtlicher Bestimmungen oder aus anderen besonderen Gründen erforderlich ist.“

c) In Absatz 3 Satz 1 wird vor den Wörtern „und die“ ein Komma und werden die Wörter „die in Einrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzte“ eingefügt.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 94“ wird durch die Angabe „§§ 88, 94“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 1 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches beauftragt, eine ihr obliegende Aufgabe wahrzunehmen, und hiermit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden ist, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten verantwortliche Stelle nach § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches. § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Satz 1 Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragnehmer anzuzeigen ist.“

16. In § 79 Absatz 4 Satz 5 werden nach dem Wort „*beiträgt*“ die Wörter „*bis zu*“ eingefügt.

17. § 79c Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und ein beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet. Beide Fachausschüsse bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind.“

18. Dem § 80 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für jeweils ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt die Wahl auf der Grundlage von getrennten Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

c) unverändert

d) unverändert

16. In § 79 Absatz 4 Satz 5 **erster Halbsatz** werden nach dem Wort „**Jahre**“ die Wörter „, **es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt**“ eingefügt.

17. unverändert

18. unverändert

**18a. § 81a wird wie folgt geändert:**

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“
- b) In Absatz 5 werden die Wörter „, erstmals bis zum 31. Dezember 2005,“ gestrichen.**
19. § 84 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 2 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
  - c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
  - d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
    - bb) In Satz 4 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
  - e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
    - bb) In Satz 3 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.
  - f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „1 bis 4 und 4b bis 7“ durch die Angabe „1 bis 7“ ersetzt.
    - bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen erstmals bis zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach § 106 anzuerkennen sind. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der in Satz 3 genannten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Vertragspartner nach § 106 Absatz 2 Satz 4 können darüber hinaus
19. § 84 wird wie folgt geändert:
- a) unverändert
  - b) unverändert
  - c) unverändert
  - d) unverändert
  - e) unverändert
  - f) **Absatz 7 Satz 7 wird aufgehoben.**
  - g) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten vereinbaren. Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Absatz 1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Absatz 6 zu berücksichtigen.“

- g) In Absatz 9 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

h) unverändert

20. § 85 wird wie folgt geändert:

20. unverändert

- a) In Absatz 2 Satz 7 werden die Wörter „sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen“ gestrichen.

- b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Für die Vereinbarung der Vergütungen vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahr 2013 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2012 die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach den gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktmengen. Soweit Punktwerte für das Jahr 2012 bis zum 30. September 2012 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2011 unter Berücksichtigung des Absatzes 3g und unter Anwendung der um 0,5 Prozentpunkte verminderten für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate zugrunde gelegt. Erfolgt die Vergütung nicht auf der Grundlage von vereinbarten Punktwerten, legen die Vertragspartner nach Satz 1 für die jeweiligen Leistungsbereiche einen fiktiven Punktwert fest, der sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punktmenge zur vereinbarten Gesamtvergütung im Jahr 2012 ergibt. Die Partner der Gesamtverträge passen die für das Jahr 2012 vereinbarte Gesamtvergütung auf der Grundlage der nach den Sätzen 1 bis 3 festgestellten Punktwerte an und legen diese als Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 zugrunde.“

- c) Absatz 2b wird aufgehoben.

- d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen. Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach sachlich-rechnerischer Berichtigung angemessen zu berücksichtigen.“

e) Die Absätze 3a bis 3e werden aufgehoben.

f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.“

g) Absatz 4a wird aufgehoben.

21. § 85c wird aufgehoben.

22. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum

21. unverändert

22. § 87 wird wie folgt geändert:

a) **In Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz werden vor dem Semikolon die Wörter „, wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist“ eingefügt.**

b) unverändert

## Entwurf

31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist.“

- b) In *Absatz 2b* Satz 1 werden die Wörter „sind als Versichertenpauschalen abzubilden“ durch die Wörter „sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden“ ersetzt und wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst: „für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen.“

- c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 *zweiter Halbsatz* wird nach dem Wort „Leistungserbringung“ *ein Komma und werden* die Wörter „einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 6,“ eingefügt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- c) **Absatz 2b wird wie folgt geändert:**

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „sind als Versichertenpauschalen abzubilden“ durch die Wörter „sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden“ ersetzt und wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst: „für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen.“

- bb) In Satz 2 werden das Wort „werden“ durch das Wort „sollen“ und das Wort „üblicherweise“ durch die Wörter „regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand“ ersetzt und wird nach dem Wort „vergütet“ das Wort „werden“ eingefügt.

- cc) In Satz 3 werden die Wörter „können nach“ durch die Wörter „sollen einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten“ und die Wörter „wie Alter und Geschlecht“ durch die Wörter „insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung“ ersetzt.

- d) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden das Wort „sind“ sowie das Wort „können“ jeweils durch das Wort „sollen“ und das Wort „abbilden“ durch die Wörter „abgebildet werden“ ersetzt und werden nach dem Wort „Leistungserbringung“ die Wörter „, einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 6,“ eingefügt.

- bb) In Satz 2 werden die Wörter „werden die üblicherweise“ durch die Wörter „sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand“ ersetzt und werden nach dem Wort „vergütet“ die Wörter „werden; die Grundpauschalen sollen dabei soweit möglich und sachgerecht einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, sowie nach insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, differenziert werden“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) In Satz 4 wird das Wort „wird“ durch das Wort „kann“ ersetzt und nach dem Wort „vergütet“ das Wort „werden“ eingefügt.	cc) unverändert
d) Absatz 2d wird wie folgt geändert:	e) unverändert
aa) In Satz 1 werden im ersten Halbsatz die Wörter „2b und 2c genannten“ durch die Wörter „2a bis 2c genannten Leistungen und“ ersetzt und im zweiten Halbsatz die Wörter „insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2“ gestrichen.	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
e) Absatz 2e wird wie folgt gefasst:	f) unverändert
„(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist jährlich bis zum 31. August ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen.“	
f) Absatz 2f wird aufgehoben.	g) unverändert
g) Absatz 2g wird wie folgt geändert:	h) unverändert
aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „der Orientierungswerte“ durch die Wörter „des Orientierungswertes“ ersetzt.	
bb) In Nummer 2 wird nach dem Komma am Ende das Wort „sowie“ eingefügt.	
cc) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ gestrichen.	
dd) Nummer 4 wird aufgehoben.	
h) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:	i) unverändert
„Die Beratungen des Bewertungsausschusses einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses.“	
	j) Absatz 2h Satz 4 und 5 wird aufgehoben.
	k) Nach Absatz 2h wird folgender Absatz 2i eingefügt:
	„(2i) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 Absatz 1 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“
i) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:	l) unverändert
„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Hono-	

## Entwurf

rare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

- j) In *Absatz 3b* Satz 1 werden die Wörter „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch die Wörter „den §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.
- k) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:  
„Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend; auch für die Unterlagen der unparteiischen Mitglieder gilt Vertraulichkeit.“
- l) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:  
„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der *spezialärztlichen* Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.“
- m) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:  
„Die Beschlüsse und die entscheidungserheblichen Gründe sind im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.“
- n) Die Absätze 7 bis 9 werden aufgehoben.
23. § 87a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „ab 1. Januar 2009“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Wörter „des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e“, die Wörter „Punktwerte, die“ durch die Wörter „einen Punktwert, der“ und wird das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „auf“ das Wort „den“ eingefügt und werden die Wörter „den

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**m) Absatz 3b wird wie folgt geändert:**

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch die Wörter „den §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird die Angabe „am 1. Juli 2008“ gestrichen.
- cc) In Satz 7 werden die Wörter „in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008“ gestrichen.
- n) In Absatz 3f Satz 1 wird die Angabe „§ 140d Abs. 2 Satz 4“ durch die Wörter „§ 140d Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
- o) unverändert
- p) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:  
„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der **spezialfachärztlichen** Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.“
- q) unverändert
- r) unverändert
23. § 87a wird wie folgt geändert:
- a) unverändert
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) unverändert
- bb) unverändert

## Entwurf

Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Wörter „dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e“ ersetzt.

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

dd) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbe-  
reichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 *und* 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert *gemäß* § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“

ee) Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „den nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten“ durch die Wörter „dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „nach Maßgabe der Kriterien“ durch die Wörter „unter Berücksichtigung der Empfehlungen“ und wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetz-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

cc) unverändert

dd) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbe-  
reichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 **oder** 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert **nach** § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“

ee) unverändert

c) unverändert

d) unverändert

e) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

lichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,

4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demographischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.“

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

f) unverändert

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „ein Verfahren“ durch das Wort „Empfehlungen“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 wird das Wort „Bestimmung“ durch das Wort „Vereinbarung“ ersetzt.

ccc) In Nummer 2 wird das Wort „Bestimmung“ durch das Wort „Vereinbarung“ und wird die Angabe „Absatz 4 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

ddd) In Nummer 3 werden die Wörter „Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4“ durch die Wörter „Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

„Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsrate, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demographischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsrate werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln.“

- cc) Die bisherigen Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September.“

- g) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend.“

- g) unverändert

## Entwurf

24. § 87b wird wie folgt gefasst:

„§ 87b  
Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für *psychotherapeutische* Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

24. § 87b wird wie folgt gefasst:

„§ 87b  
Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) unverändert

(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen; **dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird.** Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für **psychosomatische Medizin und Psychotherapie** sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) unverändert

## Entwurf

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.“

25. § 87c wird wie folgt gefasst:

„§ 87c  
Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher  
Leistungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums sowie für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und je Arztgruppe. Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren, um mögliche regionale Honorarunterschiede zu erklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die erforderlichen Daten. Das Nähere bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

26. § 87d wird wie folgt gefasst:

„§ 87d  
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

(1) Für das Jahr 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Der in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannte Punktwert wird für das Jahr 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für das Jahr 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf den Orientierungswert nicht vereinbart werden.

(2) Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 **sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen**, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

(5) unverändert

25. unverändert

26. § 87d wird wie folgt gefasst:

„§ 87d  
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

(1) unverändert

(2) Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3

## Entwurf

Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.“

27. § 90 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„In den Landesausschüssen wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

b) Die folgenden Absätze 5 und 6 werden angefügt:

„(5) Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

28. Nach § 90 wird folgender § 90a eingefügt:

„§ 90a

Gemeinsames Landesgremium

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.“

29. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.“

27. § 90 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaft-Bahn-See.“

b) unverändert

c) unverändert

28. unverändert

29. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

## Entwurf

- aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
- „Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die *in den* vorangegangenen *drei Jahren* nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren.“
- bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit.“
- cc) Der neue Satz 15 wird wie folgt gefasst:
- „Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre; *eine weitere Amtszeit der Unparteiischen ist ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen.*“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
- „Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die **im** vorangegangenen **Jahr** nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren.“
- bb) unverändert
- cc) Der neue Satz 15 wird wie folgt gefasst:
- „Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre.“
- dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:
- „**Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen. Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.**“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
- „(2a) Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.“
- c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 139c Abs. 1“ durch die Angabe „§ 139c“ ersetzt.
- d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
- „(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“
- e) In Absatz 6 werden die Wörter „und zu Empfehlungen nach § 137f“ gestrichen.
- f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
- „Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen.“
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.“
- b) unverändert
- c) unverändert
- d) unverändert
- e) unverändert
- f) unverändert

## Entwurf

- g) Absatz 9 wird durch die folgenden Absätze 9 und 10 ersetzt:

„(9) Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.“

30. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1b wird die Angabe „§ 134 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 134a Absatz 1“ ersetzt.

- b) In Absatz 7a werden die Wörter „den in § 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene“ durch die Wörter „den in § 126 Absatz 1a Satz 3 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 7c werden die folgenden Absätze 7d bis 7f eingefügt:

„(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- g) Absatz 9 wird durch die folgenden Absätze 9 und 10 ersetzt:

(9) unverändert

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt **spätestens ab dem 1. September 2012** die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.“

30. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert

- b) Absatz 6a Satz 3 wird aufgehoben.**

- c) unverändert

- d) Nach Absatz 7c werden die folgenden Absätze 7d bis 7f eingefügt:

„(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und § 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. **Bei Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.** Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

## Entwurf

(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

(7f) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“

31. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

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

bb) Der bisherige Satz 6 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 werden die Wörter „juristischen Person des Privatrechts“ durch die Wörter „Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ ersetzt.

bb) In Satz 8 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Absatz 9b gilt entsprechend“ eingefügt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(7e) unverändert

(7f) unverändert

31. § 95 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von **Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3** oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, **einer eingetragenen Genossenschaft** oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) **In Satz 5 werden das Semikolon und die Wörter „Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend“ gestrichen.**

bb) unverändert

cc) unverändert

d) **Absatz 2a wird aufgehoben.**

## Entwurf

- d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „des Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.
  - bb) Folgender Satz wird angefügt:  
„Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 15 Absatz 1] nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.“
- e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Verzichts“ ein Komma und werden die Wörter „mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes“ eingefügt.
  - bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Auflösung“ ein Komma und werden die Wörter „dem Ablauf des Befristungszeitraumes“ eingefügt.

- f) Nach Absatz 9a wird folgender Absatz 9b eingefügt:  
„(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.“

32. § 95d Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 5 oder nach“ eingefügt.
- c) In Satz 4 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „des **Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des** Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.
  - bb) unverändert

f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- aa) unverändert
- bb) unverändert

**cc) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.**

g) unverändert

32. § 95d wird wie folgt geändert:

- a) **Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.**
- b) **Absatz 5 wird wie folgt geändert:**

- aa) unverändert

- bb) unverändert

**cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:**

- aaa) Vor der Angabe „§ 119b“ werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.
- bbb) Die Wörter „Absatz 3 Satz 2 bis 6 und 8“ werden durch die Wörter „Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7“ ersetzt.

## Entwurf

- d) In Satz 6 werden die Wörter „hat das zugelassene medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt“ durch das Wort „wird“ und die Wörter „den Fortbildungsnachweis“ durch die Wörter „der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2“ ersetzt.
33. § 98 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Nummer 12 wird wie folgt gefasst:  
„12. die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen,“.
- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:  
„(3) Absatz 2 Nummer 12 gilt nicht für die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.“
34. § 99 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden“ gestrichen.
- bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:  
„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden.“
- b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:  
„Dies gilt auch für den Fall, dass kein Einvernehmen darüber besteht, wie einer Beanstandung des Bedarfsplans abzuhelfen ist.“
35. § 101 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 2a und 2b eingefügt:  
„2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten *spezialärztlichen* Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,  
2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,“.
- bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „Wahrung der Qualität“ durch das Wort „Ge-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- dd) unverändert**
33. **unverändert**
34. **unverändert**
35. § 101 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 2a und 2b eingefügt:  
„2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten **spezialfachärztlichen** Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,  
2b. **unverändert**
- bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „Wahrung der Qualität“ durch das Wort „Ge-

## Entwurf

währleistung“ ersetzt und werden nach dem Wort „sind,“ die Wörter „um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken,“ eingefügt.

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.“

cc) In Satz 7 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Wort „entsprechend“ die Wörter „und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte“ eingefügt.

dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte *spezialärztliche* Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „Satz 3 und 4“ werden durch die Wörter „Satz 4 und 5“ ersetzt.

bbb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „; dabei ist insbesondere die demographische Entwicklung zu berücksichtigen“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) In Absatz 6 wird die Angabe „Nr. 3 bis 5“ durch die Wörter „Nummer 2a, 2b, 3, 4 und 5“ ersetzt.

36. § 103 wird wie folgt geändert:

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

währleistung“ ersetzt und werden nach dem Wort „sind,“ die Wörter „um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf **insbesondere innerhalb einer Arztgruppe** zu decken,“ eingefügt.

bb) unverändert

cc) unverändert

dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte **spezialfachärztliche** Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.“

b) unverändert

c) unverändert

36. § 103 wird wie folgt geändert:

a) **Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:**

**„(3a) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen,**

## Entwurf

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) *In Satz 1 werden die Wörter „Erreichen der Altersgrenze,“ gestrichen.*
- bb) *In Satz 2 wird nach dem Wort „Zulassung“ ein Semikolon und werden die Wörter „Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet“ eingefügt.*
- cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
- „Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:
1. die berufliche Eignung,
  2. das Approbationsalter,
  3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,
  4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,
  5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,
  6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertrags-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen. § 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt. Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.“
- bb) entfällt
- bb) unverändert

## Entwurf

- arzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,
7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen.“
- dd) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist.“
- b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“
- c) Dem Absatz 4b wird folgender Satz angefügt:

„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- cc) unverändert
- dd) Folgender Satz wird angefügt:
- „Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, kann er auch die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a Satz 5, 6 und 8 gilt in diesem Fall entsprechend.“**
- c) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „genehmigen“ die Wörter „, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ eingefügt.
- bb) unverändert
- cc) unverändert
- d) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „genehmigen“ die Wörter „, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.“**
- cc) Folgender Satz wird angefügt:
- unverändert

## Entwurf

- d) Nach Absatz 4b werden die folgenden Absätze 4c und 4d eingefügt:

„(4c) Der Kassenärztlichen Vereinigung steht bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nach Absatz 4 Satz 1 ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu, wenn der Zulassungsausschuss nach Absatz 4 Satz 4 einen Nachfolger ausgewählt hat. Dieses Vorkaufsrecht ist nicht übertragbar und gegenüber dem Vorkaufsrecht nach Absatz 4d vorrangig. Gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten ist das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Die Ausübung des Vorkaufsrechts ist ausgeschlossen, wenn der Nachfolger dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Vor Erteilung einer vertragsärztlichen Zulassung an den Nachfolger hat der Zulassungsausschuss seine Auswahlentscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung und dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben (Verpflichteten) mitzuteilen. Der Verpflichtete hat der Kassenärztlichen Vereinigung den Inhalt des mit dem ausgewählten Nachfolger geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Vorkaufsrecht innerhalb einer Frist von einem Monat ab Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung gegenüber dem Verpflichteten durch Verwaltungsakt ausüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 1 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Abweichend hiervon gilt für den von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Kaufpreis Absatz 4 Satz 8 entsprechend. Nach Ausübung des Vorkaufsrechts ist eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes ausgeschlossen.

(4d) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. Hat der Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung nach Absatz 4 Satz 4 ein medizinisches Versorgungszentrum ausgewählt, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, steht den übrigen Bewerbern ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu. Dies gilt nicht, wenn das medizinische Versorgungszentrum am 31. Dezember 2011 zugelassen war und die Mehrheit der Geschäftsanteile

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- e) Nach Absatz 4b wird der folgende Absatz 4c eingefügt:

„(4c) entfällt

„(4c) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung **durch Tod, Verzicht oder Entziehung** von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze **3a**, 4 und 5 gelten entsprechend. Absatz 4 **gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers** ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, **gegenüber** den übrigen Bewerbern **nachrangig zu berücksichtigen ist. Dieser Nachrang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war**

## Entwurf

teile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den Vertragsärzten lag. *Das Vorkaufsrecht der übrigen Bewerber ist gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Der Zulassungsausschuss hat zusammen mit der Auswahlentscheidung für das medizinische Versorgungszentrum unter den übrigen Bewerbern denjenigen auszuwählen, der das Vorkaufsrecht vorrangig ausüben und für diesen Fall den Vertragsarztsitz fortführen darf (Berechtigter). Für die Auswahl des Berechtigten gilt Absatz 4 Satz 4 bis 8 entsprechend. Die getroffenen Auswahlentscheidungen werden den übrigen Bewerbern und dem Verpflichteten mitgeteilt. Der Verpflichtete hat dem Berechtigten den Inhalt des mit dem medizinischen Versorgungszentrum geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Das Vorkaufsrecht ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Monat seit dem Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung durch schriftliche Erklärung auszuüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 3 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Wenn das Vorkaufsrecht nicht innerhalb der Ausschlussfrist ausgeübt wird, unterrichtet der Zulassungsausschuss den nächsten Vorkaufsberechtigten. Für das weitere Verfahren gelten die Sätze 6 bis 13 entsprechend.*“

37. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die in den Einrichtungen nach Satz 2 erbrachten ärztlichen Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an“ gestrichen.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

und **bei dem** die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den **dort tätigen** Vertragsärzten lag.“

37. § 105 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist eine finanzielle Förderung auch durch den Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird.“

d) Absatz 4 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.

e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

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

38. § 106 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 15 wird die Angabe „11“ durch die Angabe „12“ ersetzt.

bb) Nach Satz 17 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verordnung der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel unterliegt nicht der Wirksamkeitsprüfung nach Satz 1.“

b) Absatz 5a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 wird nach der Angabe „§ 84 Abs. 6“ die Angabe „und 8“ eingefügt.

bb) In Satz 12 werden die Wörter „, soweit dabei die Bestimmungen zur Verordnung dieser Arzneimittel nach § 73d berücksichtigt sind“ gestrichen.

c) In Absatz 5c Satz 7 werden die Wörter „Überschreitung des Richtgrößenvolumens“ durch die Wörter „Festsetzung eines Betrags nach Satz 1“ ersetzt.

d) Nach Absatz 5d wird folgender Absatz 5e eingefügt:

„(5e) Abweichend von Absatz 5a Satz 3 erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können

d) unverändert

e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

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

38. unverändert

## Entwurf

Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 5a droht. Das Nähere zur Umsetzung der Sätze 1 bis 5 regeln die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4.“

39. § 111b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „stationären“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „§ 111 Absatz 5 Satz 1“ die Wörter „oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.

40. Nach § 111b wird folgender § 111c eingefügt:

## „§ 111c

Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

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

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

(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

39. unverändert

40. Nach § 111b wird folgender § 111c eingefügt:

## „§ 111c

Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

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

1. unverändert
2. unverändert

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

(3) unverändert

## Entwurf

und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“

41. § 112 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
  - b) Folgende Nummer 7 wird angefügt:
    - „7. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.“
42. § 116 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können“ durch die Wörter „Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen,“ und wird das Wort „Krankenhausträgers“ durch die Wörter „jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausärzten“ durch die Wörter „Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**(4) Bei Einrichtungen, die vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.“**

41. unverändert

**41a. Dem § 115a Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:**

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

**41b. Dem § 115b Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:**

**„In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“**

42. unverändert

## Entwurf

43. In § 116a werden vor dem Wort „festgestellt“ die Wörter „nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3“ eingefügt und werden die Wörter „Deckung der Unterversorgung“ durch die Wörter „Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs“ ersetzt.

44. § 116b wird wie folgt gefasst:

„§ 116b

Ambulante *spezialärztliche* Versorgung

(1) Die ambulante *spezialärztliche* Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, *bestimmte ambulante durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe* sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie
  - a) *onkologische* Erkrankungen,
  - b) HIV/AIDS,
  - c) *schwere Verlaufsformen rheumatologischer* Erkrankungen,
  - d) *schwere* Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
  - e) Multiple Sklerose,
  - f) Anfallsleiden,
  - g) Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
  - h) Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
  - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
2. seltene Erkrankungen wie
  - a) Tuberkulose,
  - b) Mukoviszidose,
  - c) Hämophilie,
  - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
  - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
  - f) biliäre Zirrhose,
  - g) primär sklerosierende Cholangitis,
  - h) Morbus Wilson,
  - i) Transsexualismus,

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

43. unverändert

44. § 116b wird wie folgt gefasst:

„§ 116b

Ambulante **spezialfachärztliche** Versorgung

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

1. **schwere Verlaufsformen von** Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen **bei**
  - a) **onkologischen** Erkrankungen,
  - b) unverändert
  - c) **rheumatologischen** Erkrankungen,
  - d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
  - e) unverändert
  - f) **zerebralen** Anfallsleiden (**Epilepsie**),
  - g) **komplexen** Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
  - h) **der** Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
  - i) unverändert
2. seltene Erkrankungen **und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen** wie
  - a) unverändert
  - b) unverändert
  - c) unverändert
  - d) unverändert
  - e) unverändert
  - f) unverändert
  - g) unverändert
  - h) unverändert
  - i) unverändert

## Entwurf

- j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
  - k) Marfan-Syndrom,
  - l) pulmonale Hypertonie,
  - m) Kurzdarmsyndrom oder
  - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation;
3. *ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese entsprechend den Anforderungen nach Satz 1 und den Maßgaben nach Absatz 5 der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zuordnet, sowie*
4. hochspezialisierte Leistungen wie
- a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
  - b) Brachytherapie.

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

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten *spezialärztlichen* Versorgung nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 3 bis 5 erfüllen und dies gegenüber der *zuständigen Landesbehörde* unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6 und 7 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese *der zuständigen Landesbehörde* im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige *bei der zuständigen Landesbehörde* zur Teilnahme an der ambulanten *spezialärztlichen* Versorgung berechtigt, es sei denn, *die zuständige Landesbehörde* teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Nach Satz 3 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten *spezialärztlichen* Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- j) unverändert
  - k) unverändert
  - l) unverändert
  - m) unverändert
  - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation **sowie**
3. **entfällt**
3. unverändert

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

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

## Entwurf

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137. Zudem regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 6 und 7 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

nahme an der ambulanten **spezialfachärztlichen** Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den **Erkrankungs- und Leistungsbereich** anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. **Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 6 genannten Stellen zu melden. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. Die Sätze 4, 5 und 7 gelten entsprechend.**

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

## Entwurf

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen. Im Übrigen gilt Absatz 3 entsprechend.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

festlegen. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen, und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hat er Regelungen für solche Verein-

## Entwurf

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss *benennt und konkretisiert in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. Er hat danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen. Für die Regelungen nach den Sätzen 1 und 2 gilt Absatz 3 entsprechend.*

(6) Die Leistungen der ambulanten *spezialärztlichen* Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. *Hierzu vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 3 bis 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum In-*

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**barungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 9 und 10 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn, dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich**

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

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

(6) Die Leistungen der ambulanten **spezialfachärztlichen** Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; **vertragsärztliche Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen** sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht

## Entwurf

krafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der *berechenbaren* Leistungen des einheitlichen *Bewertungsmaßstabes* für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. *Soweit dazu Veranlassung besteht, ist bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen.* Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 6 gilt entsprechend. *Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten *spezialärztlichen* Versorgung sind.*

(7) Die ambulante *spezialärztliche* Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der **vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen** Leistungen des einheitlichen **Bewertungsmaßstabes** für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. **Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können.** Die Prüfung der **Abrechnung** und der Wirtschaftlichkeit **sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat,** erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft **oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** beauftragen können; **ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen.** Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 7 gilt entsprechend. **Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten *spezialfachärztlichen* Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.**

(7) Die ambulante **spezialfachärztliche** Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend,

## Entwurf

sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. *Die Krankenkassen stellen die Vordrucke zur Verfügung.* Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten *spezialärztlichen* Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 geregelt hat, spätestens *ein Jahr* nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung vergütet.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. **Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen.** Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. **Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln.** Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.

(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten **spezialfachärztlichen** Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, spätestens **zwei Jahre** nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung vergütet.

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

44a. § 119b Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflege-

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

45. Dem § 127 wird folgender Absatz 6 angefügt:
- „(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen.“
46. § 128 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.“
- b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
- „In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.“
- c) Nach Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a und 5b eingefügt:
- „(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur In-
- einrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen.“
- 44b. In § 120 Absatz 2 wird Satz 6 wie folgt gefasst:
- „Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen, falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden.“
- 44c. § 126 Absatz 2 wird aufgehoben.
45. Dem § 127 wird folgender Absatz 6 angefügt:
- „(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. **§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt.** Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen.“
46. § 128 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.“
- b) unverändert
- c) unverändert

## Entwurf

anspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.“

- d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.

47. In § 130a Absatz 4 Satz 7 werden die Wörter „§ 137g Absatz 1 Satz 8 bis 10 und 14“ durch die Wörter „§ 137g Absatz 1 Satz 7 bis 9 und 13“ ersetzt.

48. § 130b wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:  
„Die Verhandlungen und deren Vorbereitung einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften zur Vereinbarung des Erstattungsbetrages sind vertraulich.“
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:  
„Absatz 1 Satz 10 gilt entsprechend.“
- c) Dem Absatz 9 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 1 Satz 10 gilt entsprechend.“

49. Dem § 133 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) § 127 Absatz 6 gilt entsprechend.“

50. Dem § 134a Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere Kostensteigerungen zu beachten, die die Berufsausübung betreffen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

d) unverändert

47. unverändert

48. § 130b wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

**aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:**

**„In der Vereinbarung nach Satz 1 ist auch das Nähere zu Inhalt, Form und Verfahren der jeweils erforderlichen Auswertung der Daten nach § 217f Absatz 7 und der Übermittlung der Auswertungsergebnisse an den pharmazeutischen Unternehmer sowie zur Aufteilung der entstehenden Kosten zu vereinbaren.“**

**bb) Folgender Satz wird angefügt:**

unverändert

49. unverändert

50. unverändert

**50a. § 135 Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

**a) In Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma, das Wort „weiterer“ durch das Wort „anderer“ und das Wort „Strukturqualität“ durch das Wort „Versorgungsqualität“ ersetzt.**

**b) Die folgenden Sätze werden angefügt:**

**„Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Satz 1 in**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

51. § 136 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Wörter „der §§ 87a bis 87c“ durch die Angabe „des § 87a“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 werden die Wörter „von den nach § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten“ durch die Wörter „von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert“ ersetzt.
52. In § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 116b Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 116b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.
53. In § 137a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 116b Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 116b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.
54. § 137c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Bund“ die Wörter „der Krankenkassen“ eingefügt.
    - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
 

„Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf.“
    - cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
 

„Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie
51. unverändert
52. § 137 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 116b Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 116b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.
    - bb) In Satz 3 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und wird folgender Halbsatz angefügt:
 

„die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.“
    - b) In Absatz 3 Satz 5 wird nach dem Wort „Nummer 1“ das Wort „und 4“ eingefügt.
53. unverändert
54. unverändert
- die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 140f Absatz 5 gilt entsprechend. Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1. Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 87 Absatz 6 Satz 9 entsprechend.“**
- 50b. § 135a Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. Nach Abschluss der Erprobung erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht. Ist eine Richtlinie zur Erprobung nicht zustande gekommen, weil es an einer nach § 137e Absatz 6 erforderlichen Vereinbarung fehlt, gilt Satz 4 entsprechend.“

- b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Richtlinie“ die Wörter „nach Absatz 1 Satz 2 oder 4“ und werden nach dem Wort „bleibt“ die Wörter „von einem Ausschluss nach Absatz 1 Satz 4“ eingefügt.

55. In § 137d Absatz 1 wird die Angabe „§ 40 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 111c Absatz 1“ ersetzt.

56. Nach § 137d wird folgender § 137e eingefügt:

„§ 137e

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder § 137c zu der Feststellung, dass eine Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Auf Grund der Richtlinie wird die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zu Lasten der Krankenkassen erbracht.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie nach Absatz 1 Satz 1 die in die Erprobung einbezogenen Indikationen und die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung im Rahmen der Erprobung. Er legt zudem Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung fest. Für Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 137 Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.

(3) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können in dem erforderlichen Umfang an der Erprobung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode teilnehmen, wenn sie gegenüber der wissenschaftlichen Institution nach Absatz 5 nachweisen, dass sie die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllen.

55. unverändert

56. Nach § 137d wird folgender § 137e eingefügt:

„§ 137e

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) unverändert

## Entwurf

(4) Die von den Leistungserbringern nach Absatz 3 im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden diese durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vergütet. Kommt für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann, eine sich auf den gesamten Erprobungszeitraum beziehende Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegt. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 Satz 1 vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die erweiterte Schiedsstelle nach § 115 Absatz 3 innerhalb von sechs Wochen festgelegt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss eine unabhängige wissenschaftliche Institution. Die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erforderlichen Daten zu dokumentieren und der beauftragten Institution zur Verfügung zu stellen. Sofern hierfür personenbezogene Daten der Versicherten benötigt werden, ist vorher deren Einwilligung einzuholen. Für den zusätzlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Durchführung der Erprobung erhalten die an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer von der beauftragten Institution eine angemessene Aufwandsentschädigung.

(6) Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts, darf der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss zur Erprobung nach Absatz 1 nur dann fassen, wenn sich die Hersteller dieses Medizinprodukts oder Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter der Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, zuvor gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss bereit erklären, die nach Absatz 5 entstehenden Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang zu übernehmen. Die Hersteller oder sonstigen Unternehmen vereinbaren mit der beauftragten Institution nach Absatz 5 das Nähere zur Übernahme der Kosten.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) Die von den Leistungserbringern nach Absatz 3 im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden diese durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes **oder nach der Bundespflegesatzverordnung** vergütet. Kommt für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann, eine sich auf den gesamten Erprobungszeitraum beziehende Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegt. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 Satz 1 vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch die erweiterte Schiedsstelle nach § 115 Absatz 3 innerhalb von sechs Wochen festgelegt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) unverändert

(6) unverändert

## Entwurf

(7) Unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 135 oder § 137c können Hersteller eines Medizinprodukts, auf dessen Einsatz die technische Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode maßgeblich beruht, und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen, dass dieser eine Richtlinie zur Erprobung der neuen Methode nach Absatz 1 beschließt. Der Antragsteller hat aussagekräftige Unterlagen vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass die Methode hinreichendes Potential für eine Erprobung bietet sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung auf der Grundlage der vom Antragsteller zur Begründung seines Antrags vorgelegten Unterlagen. Beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Erprobung, entscheidet er im Anschluss an die Erprobung auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse über eine Richtlinie nach § 135 oder § 137c.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von Medizinprodukten und sonstige Unternehmen im Sinne von Absatz 7 Satz 1 zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkassen. Das Nähere einschließlich der Erstattung der für diese Beratung entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.“

57. § 137f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten“ durch die Wörter „legt in Richtlinien nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten fest“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „erlässt Richtlinien zu den“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Zu regeln sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,

2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2,

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(7) unverändert

(8) unverändert

57. § 137f wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) unverändert

bb) unverändert

## Entwurf

3. Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen,
6. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation).

Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat seine Richtlinien regelmäßig zu überprüfen.“

c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „haben“ die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2“ und werden nach den Wörtern „externe Evaluation der“ die Wörter „für dieselbe Krankheit nach Absatz 1 zugelassenen“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände erstellen für die Programme zudem für jedes volle Kalenderjahr Qualitätsberichte nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind.“

e) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

**„Den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, soweit ihre Belange berührt sind, sowie dem Bundesversicherungsamt und den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.“**

dd) unverändert

c) unverändert

d) unverändert

e) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach Absatz 1 teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.“

58. § 137g wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Verträge die“ die Wörter „in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) In dem neuen Satz 3 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Zulassung“ ersetzt.

dd) In dem neuen Satz 5 werden die Wörter „nach Satz 5“ durch die Wörter „nach Satz 4“ ersetzt.

ee) In dem neuen Satz 6 werden nach den Wörtern „an dem die“ die Wörter „in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und“ und nach den Wörtern „Inkrafttreten dieser“ die Wörter „Richtlinien und“ eingefügt.

ff) In dem neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

gg) In dem neuen Satz 11 werden die Wörter „nach den Sätzen 9 und 10“ durch die Wörter „nach den Sätzen 8 und 9“ und wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

hh) In dem neuen Satz 12 werden die Wörter „nach den Sätzen 9 und 10“ durch die Wörter „nach den Sätzen 8 und 9“ ersetzt.

b) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres an Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für Programme, deren Zulassung bei Inkrafttreten von Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f und der in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 genannten Anforderungen bereits beantragt ist. Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt die angepassten Verträge unverzüglich vorzulegen und es über die Anpassung der Programme unverzüglich zu unterrichten.“

(3) Die Zulassung eines Programms ist mit Wirkung zum Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufzuheben, wenn das Programm und die zu seiner

58. unverändert

## Entwurf

Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen nicht mehr erfüllen. Die Zulassung ist mit Wirkung zum Beginn des Bewertungszeitraums aufzuheben, für den die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt wurde. Sie ist mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufzuheben, für das ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt worden ist.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**58a. Dem § 140a Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:**

„Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 dürfen die für die Durchführung der zum Versorgungsmanagement notwendigen Steuerungsaufgaben im Rahmen der integrierten Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Absatz 3 nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Für die Vertragspartner nach § 140b Absatz 1 Nummer 4 gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend.“

**58b. § 140b Absatz 4 wird wie folgt geändert:**

- a) In Satz 3 werden die Wörter „oder Ermächtigungsstatus“ durch die Wörter „, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus“ ersetzt.
- b) In Satz 4 werden die Wörter „Die Krankenhäuser sind“ durch die Wörter „Bis zum 31. Dezember 2014 sind die Krankenhäuser“ ersetzt und werden nach der Angabe „§ 116b Abs. 3“ die Wörter „in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung“ eingefügt.
- c) Folgender Satz wird angefügt:  
„Die Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 Satz 4 sind im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung nach Maßgabe des § 116b Absatz 2 Satz 1 zur Erbringung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt.“

**58c. § 140d wird wie folgt geändert:**

- a) In der Überschrift wird das Wort „Anschubfinanzierung“ gestrichen.
- b) Absatz 1 wird aufgehoben.
- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1 und wie folgt gefasst:  
„(1) Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über eine Verringerung des Behandlungs-

## Entwurf

59. § 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- In Satz 1 werden die Wörter „und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b“ gestrichen.
  - In Satz 3 werden die Wörter „diesen Gremien“ durch die Wörter „diesem Gremium“ ersetzt.

60. Dem § 155 Absatz 2 *wird folgender Satz* angefügt:

„Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

bedarfs nach Satz 1 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.“

- Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.
- Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden aufgehoben.

59. unverändert

59a. In § 142 Absatz 3 werden die Wörter „, erstmals im Jahr 2005,“ durch die Wörter „eines Jahres“ ersetzt.

59b. In § 146a Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.

59c. In § 153 Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.

60. Dem § 155 Absatz 2 **werden die folgenden Sätze** angefügt:

„Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. **Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts. Der Abwicklungsvorstand hat außerdem die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Schließung zu informieren sowie über die Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.**“

60a. In § 163 Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.

60b. In § 170 Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der

## Entwurf

61. § 171b wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:  
„§ 155 Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „über“ die Wörter „die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände.“
62. § 172 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:  
„Die Krankenkassen haben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erfordern halten oder ihnen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.“
63. In § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 werden nach dem Wort „Ehegatte“ die Wörter „oder der Lebenspartner“ eingefügt.
64. § 175 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „ablehnen“ die Wörter „oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:  
„(2a) Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbe-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.**

61. § 171b wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:  
„§ 155 Absatz 2 Satz 5 **bis 7** gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.“
- b) **unverändert**
- 61a. In § 171d Absatz 6 Satz 3 wird die Angabe „30. Juni 2012“ durch die Angabe „31. Dezember 2014“ ersetzt.**
62. **unverändert**
63. **unverändert**
64. § 175 wird wie folgt geändert:
- a) **unverändert**
- b) **unverändert**

## Entwurf

helfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.“

d) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Mitglieder, die einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen haben, können ihre Mitgliedschaft abweichend von Absatz 4 Satz 1 nach Maßgabe dieses Absatzes kündigen. Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 oder erhöht sich dieser, kann die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags gekündigt werden; Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erstmalig oder erneut begründet wird. Mitglieder, die bereits vor dem

## Entwurf

65. Dem § 212 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Absatz 5 Satz 6, 8 und 9 gilt für die Krankenkassen der anderen Kassenarten entsprechend. Besteht in einem Land ein Landesverband, gilt abweichend von Satz 1 der Landesverband als Bevollmächtigter der Kassenart. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Aufgaben eines Landesverbandes von einer Krankenkasse oder einem anderen Landesverband nach § 207 wahrgenommen werden. Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände, gelten diese in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigte.“

66. Dem § 217f wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**1. Januar 2012 einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen hatten, hat die Krankenkasse bis zum 29. Februar 2012 auf das Kündigungsrecht nach diesem Absatz hinzuweisen; das Kündigungsrecht kann bis zu einem Monat nach Zugang des Hinweises ausgeübt werden. Absatz 4 Satz 7 gilt für das Kündigungsrecht nach diesem Absatz entsprechend.“**

**64a. § 197a wird wie folgt geändert:**

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“

b) In Absatz 5 werden die Wörter „, erstmals bis zum 31. Dezember 2005,“ gestrichen.

**64b. § 201 Absatz 6 Satz 3 wird aufgehoben.**

65. unverändert

**65a. § 217b wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „dem Verwaltungsrat“ ein Komma und die Wörter „dem ehrenamtlichen Vorstand“ eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „ihrem Verwaltungsrat“ ein Komma und die Wörter „ihrem ehrenamtlichen Vorstand“ eingefügt.

66. Dem § 217f werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen.

**(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 130b die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

67. § 221b wird wie folgt geändert:
- Der Wortlaut wird Absatz 1.
  - Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach § 85 und §87a Absatz 2 Satz 3 in der am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014. Das Ergebnis der Evaluierungen nach Satz 1 wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach Absatz 1 Satz 2 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.“
68. In § 225 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „als hinterbliebener Ehegatte“ die Wörter „oder hinterbliebener Lebenspartner“ eingefügt.
69. § 232a Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 5 wird aufgehoben.
70. § 249 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinen“ die Wörter „oder ermäßigten“ eingefügt.
  - In Absatz 4 werden die Wörter „Beitragssatz der Krankenkasse“ durch die Wörter „um 0,9 Beitragsatzpunkte verminderte allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz“ ersetzt.
- anonymisiert und ohne Krankenkassenbezug verarbeiten und nutzen.“**
- 66a. § 217g wird aufgehoben.**
- 66b. § 220 wird wie folgt geändert:**
- Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:**

„Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig.“
  - In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „77 Abs. 1a“ die Wörter „Satz 1 bis 4“ eingefügt.**
67. unverändert
- 67a. § 222 wird aufgehoben.**
68. unverändert
69. unverändert
- 69a. Dem § 242 Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:**

„Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a fristgemäß ausgeübt haben, wird der Differenzbetrag nicht erhoben; dies gilt nicht für Differenzbeträge, die vor dem 1. Januar 2012 erhoben wurden. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Differenzbetrags ausgeübt, wird der erhöhte Differenzbetrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Differenzbetrag im vollen Umfang erhoben.“
- 69b. § 242a Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.**
- 69c. § 242b Absatz 8 wird aufgehoben.**
70. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

71. Nach § 256 Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Beitragsnachweise sind von den Zahlstellen durch Datenübertragung zu übermitteln; § 202 Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.“
72. § 257 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Hälfte des Betrages, der bei Anwendung des um 0,9 Beitragsatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragsatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre“ durch die Wörter „den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 bis 4 wie folgt gefasst:
- „Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragsatzpunkte verminderten Beitragssatzes nach § 241 und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versiche-
- 70a. Dem § 251 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:
- „Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das Bundesversicherungsamt kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen; der Beauftragte muss zustimmen. Dem Beauftragten sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Beauftragte darf die erhobenen Daten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung verarbeiten und nutzen. Die Daten sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“
- 70b. Dem § 252 wird folgender Absatz 6 angefügt:
- „(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.“
71. unverändert
72. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

rungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrags zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat.“

c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beziehers von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

73. In § 264 Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 85a“ durch die Angabe „§ 87a“ ersetzt.

74. Dem § 265b Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:  
„Die Verbände nach § 172 Absatz 2 Satz 1 haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.“

75. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versicherungengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung der Anforderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g hinsichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versicherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des Verfahrens der Erhebung und Übermitt-

**72a. § 261 Absatz 4 wird wie folgt geändert:**

**a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Auffüllung der Rücklage“ die Wörter „im Regelfall“ eingefügt.**

**b) Satz 2 wird aufgehoben.**

**72b. § 263a wird aufgehoben.**

73. unverändert

74. unverändert

75. § 266 wird wie folgt geändert:

**a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:**

**aa) In Nummer 2 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.**

**bb) Nummer 3 wird aufgehoben.**

**b) Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:**

„3. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

lung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten,“.

76. In § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a wird die Angabe „§ 53 Abs. 5“ durch die Wörter „§ 11 Absatz 6 und § 53“ ersetzt.
77. Nach § 271 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
- „(2a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve gewähren, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind. Das Darlehen ist innerhalb von sechs Monaten zurückzuzahlen. Das Nähere zur Darlehensgewährung, Verzinsung und Rückzahlung regelt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“
78. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 12 werden die Wörter „den §§ 85c und 87a bis 87c“ durch die Angabe „dem § 87a“ ersetzt.
79. Dem § 285 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auch untereinander übermitteln, soweit dies im Rahmen eines Auftrags nach § 77 Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches erforderlich ist. Versichertenbezogene Daten sind vor ihrer Übermittlung zu pseudonymisieren.“
80. § 295 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt und wird nach dem Wort „ambulanten“ das Wort „spezialärztlichen“ eingefügt.
- c) Absatz 10 wird aufgehoben.
- 75a. § 267 Absatz 11 wird aufgehoben.
- 75b. § 268 Absatz 2 Satz 2, 3, 5 und 6 wird aufgehoben.
- 75c. § 269 wird aufgehoben.
76. unverändert
77. unverändert
- 77a. Dem § 275 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
- „Der Medizinische Dienst führt die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.“
78. § 284 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 Nummer 12 werden die Wörter „den §§ 85c und 87a bis 87c“ durch die Angabe „dem § 87a“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden nach der Angabe „14“ die Wörter „und § 305 Absatz 1“ eingefügt.
79. unverändert
80. § 295 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“, das Wort „Behandlung“ durch die Wörter „spezialfachärztlichen Versorgung“ und der Punkt am Ende durch die Wörter „; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.“ ersetzt.

## Entwurf

- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Datenübermittlung“ die Wörter „der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen *Behandlung* teilnehmen, sowie“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f“ ersetzt.
- c) In Absatz 2a werden nach dem Wort „haben“ ein Komma und nach dem Wort „ambulanten“ das Wort „spezialärztlichen“ eingefügt und wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt.
- d) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Datenübermittlung“ die Wörter „der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen **Versorgung** teilnehmen, sowie“ eingefügt.

## cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“

## dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„§ 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gilt § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.“

## b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

## aa) Satz 2 wird aufgehoben.

- bb) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7“ durch die Wörter „den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f“ ersetzt.

- c) In Absatz 2a wird nach dem Wort „haben“ ein Komma eingefügt und das Wort „Krankenhäuser“ wird durch das Wort „Leistungserbringer“, das Wort „Behandlung“ durch die Wörter „spezialfachärztlichen Versorgung“ und der Punkt am Ende durch die Wörter „; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.“ ersetzt.

## d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „Datenübermittlung“ die Wörter „ein-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

schließlich einer einheitlichen Datensatzstruktur“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

80a. § 299 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

cc) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2 zu erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Festlegung der Daten nach Satz 2 in Abhängigkeit von der jeweiligen Maßnahme der Qualitätssicherung insbesondere diejenigen Daten zu bestimmen, die für die Ermittlung der Qualität von Diagnostik oder Behandlung mit Hilfe geeigneter Qualitätsindikatoren, für die Erfassung möglicher Begleiterkrankungen und Komplikationen, für die Feststellung der Sterblichkeit sowie für eine geeignete Validierung oder Risikoadjustierung bei der Auswertung der Daten medizinisch oder methodisch notwendig sind. Die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Satz 1 haben darüber hinaus sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.“

dd) Im neuen Satz 6 werden die Wörter „Die zu erhebenden Daten sowie“ durch das Wort „Auch“ ersetzt.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, nach § 284 Absatz 1 erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2 zu verarbeiten oder zu nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

- c) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „und übrigen Leistungserbringer“ die Wörter „gemäß § 135a Absatz 2“ eingefügt.

- d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Enthalten die für Zwecke des Absatz 1 Satz 1 erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten noch keine den Anforderungen des § 290 Absatz 1 Satz 2 entsprechende Krankenversicherungsnummer und ist in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen, dass die Pseudonymisierung auf der Grundlage der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 erfolgen soll, kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien ein Übergangsverfahren regeln, das einen Abgleich der für einen Versicherten vorhandenen Krankenversicherungsnummern ermöglicht. In diesem Fall hat er in den Richtlinien eine von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte eigenständige Vertrauensstelle zu bestimmen, die dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches unterliegt, an die die Krankenkassen für die in das Qualitätssicherungsverfahren einbezogenen Versicherten die vorhandenen Krankenversicherungsnummern übermitteln. Weitere Daten dürfen nicht übermittelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien die Dauer der Übergangsregelung und den Zeitpunkt der Löschung der Daten bei der Stelle nach Satz 2 festzulegen.“

- e) Dem Absatz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Für die unabhängige Stelle gilt § 35 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend.“

81. § 300 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen“.

81. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für Apotheken und weitere Anbieter, die sonstige Leistungen nach § 31 sowie Impfstoffe nach § 20d Absatz 1 und 2 abrechnen, im Rahmen der jeweils vereinbarten Abrechnungsverfahren.“

c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Arzneimitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.

82. Dem § 302 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Regelungen zur Abrechnung der Leistungen getroffen haben, die von den Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 abweichen, sind die Rahmenempfehlungen maßgeblich.“

83. Die §§ 303a bis 303f werden durch *folgende* §§ 303a bis 303e ersetzt:

„§ 303a

Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz

(1) Die Aufgaben der Datentransparenz werden von öffentlichen Stellen des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und Datenaufbereitungsstelle nach § 303d wahrgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zur Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz eine öffentliche Stelle des Bundes als Vertrauensstelle nach § 303c und eine öffentliche Stelle des Bundes als Datenaufbereitungsstelle nach § 303d.

(2) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist auch das Nähere zu regeln

1. zum Datenumfang,
2. zu den Verfahren der in den §§ 303a bis 303e vorgesehenen Datenübermittlungen,
3. zum Verfahren der Pseudonymisierung (§ 303c Absatz 2),
4. zu den Kriterien für die ausnahmsweise pseudonymisierte Bereitstellung von Daten (§ 303e Absatz 3 Satz 3).

(3) Die Kosten, die den öffentlichen Stellen nach Absatz 1 durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz entstehen, tragen die Krankenkassen nach der Zahl ihrer Mitglieder. Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2.

§ 303b

Datenübermittlung

Das Bundesversicherungsamt übermittelt die nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 erhobenen Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle

82. unverändert

83. Die §§ 303a bis 303f werden durch **die folgenden** §§ 303a bis 303e ersetzt:

„§ 303a

unverändert

§ 303b

unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c. Die Daten sollen übermittelt werden, nachdem die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität durch das Bundesversicherungsamt abgeschlossen ist.

§ 303c  
Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle überführt die ihr nach § 303b übermittelte Liste der Pseudonyme nach einem einheitlich anzuwendenden Verfahren, das im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen ist, in periodenübergreifende Pseudonyme.

(2) Es ist ein schlüsselabhängiges Verfahren vorzusehen und das periodenübergreifende Pseudonym ist so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Daten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, hergestellt werden kann. Es ist auszuschließen, dass Versicherte durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle oder den Nutzungsberechtigten Stellen nach § 303e Absatz 1 wieder identifiziert werden können.

(3) Die Vertrauensstelle hat die Liste der periodenübergreifenden Pseudonyme der Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. Nach der Übermittlung dieser Liste an die Datenaufbereitungsstelle hat sie die Listen mit den temporären und den periodenübergreifenden Pseudonymen bei sich zu löschen.

(4) Die Vertrauensstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 303d  
Datenaufbereitungsstelle

(1) Die Datenaufbereitungsstelle hat die ihr vom Bundesversicherungsamt und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303e Absatz 1 genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. Die Datenaufbereitungsstelle hat die Daten zu löschen, sobald diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich sind.

(2) Die Datenaufbereitungsstelle ist räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen. Sie unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 303e  
Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbei-

§ 303c  
unverändert

§ 303d  
unverändert

§ 303e  
Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbei-

## Entwurf

tet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
6. den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder,
7. den Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung,
8. den Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen,
9. dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
10. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
11. dem Institut des Bewertungsausschusses,
12. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
13. den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
14. der Institution nach § 137a Absatz 1 Satz 1,
15. dem Institut nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (DRG-Institut),
16. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen und den übrigen obersten Bundesbehörden.

(2) Die nach Absatz 1 Berechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlent-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

tet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. unverändert
  2. unverändert
  3. unverändert
  4. unverändert
  5. unverändert
  6. unverändert
  7. unverändert
  8. unverändert
  9. unverändert
  10. unverändert
  11. unverändert
  12. unverändert
  13. unverändert
  14. unverändert
  15. unverändert
  16. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen und den übrigen obersten Bundesbehörden,
  - 17. der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Bundesapothekerkammer,**
  - 18. der Deutschen Krankenhausgesellschaft.**
- (2) unverändert

## Entwurf

wicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),

5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Die nach § 303a Absatz 1 bestimmte Datenaufbereitungsstelle regelt bis zum 31. Dezember 2012 die Erhebung und das Verfahren zur Berechnung von Nutzungsgebühren. Die Regelung ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

(3) Die Datenaufbereitungsstelle hat bei Anfragen der nach Absatz 1 Berechtigten zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem Katalog nach Absatz 2 entspricht und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. Die Daten werden anonymisiert zur Verfügung gestellt. Ausnahmsweise werden die Daten pseudonymisiert bereitgestellt, wenn dies für den angestrebten Zweck erforderlich ist. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Antragsteller mitzuteilen und zu begründen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) unverändert

83a. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 bis 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Unterrichtung über die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen erfolgt getrennt von der Unterrichtung über die ärztlich verordneten und veranlassten Leistungen. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diesen Zweck verarbeitet und genutzt werden; eine Gesamtaufstellung der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen darf von den Krankenkassen nicht erstellt werden.“

b) Absatz 2 Satz 7 wird aufgehoben.

83b. § 305b wird wie folgt gefasst:

„§ 305b

**Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse**

Die Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen, veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Die Satzung hat weitere Arten der Veröffentlichung zu regeln, die sicherstellen, dass alle Versicherten der Krankenkasse davon Kenntnis erlangen können. Zu veröf-

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

84. Folgender § 321 wird angefügt:

„§ 321  
Übergangsregelung für die Anforderungen  
an die strukturierten Behandlungsprogramme nach  
§ 137g Absatz 1

Die in § 28b Absatz 1, den §§ 28c, 28e sowie in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Absatz 1 für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen gelten jeweils weiter bis zum Inkrafttreten der für die jeweilige Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137f Absatz 2 zu erlassenden Richtlinien. Die in § 28f Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 1a und § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zu regelnden Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen. Die in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 zu regelnden Anforderungen an die Evaluation.“

## Artikel 2

## Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 35a Absatz 7 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Ar-

fentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben sind gesondert auszuweisen. Das Nähere zu den zu veröffentlichen Angaben wird in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt.“

83c. § 313a wird aufgehoben.

84. Folgender § 321 wird angefügt:

„§ 321  
Übergangsregelung für die Anforderungen  
an die strukturierten Behandlungsprogramme nach  
§ 137g Absatz 1

Die in § 28b Absatz 1, den §§ 28c, 28e sowie in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Absatz 1 für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen gelten jeweils weiter bis zum Inkrafttreten der für die jeweilige Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137f Absatz 2 zu erlassenden Richtlinien. **Dies gilt auch für die in den §§ 28d und 28f der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen, soweit sie auf die in Satz 1 genannten Anforderungen verweisen.** Die in § 28f Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 1a und § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zu regelnden Anforderungen an die Aufbewahrungsfristen. Die in § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation gelten weiter bis zum Inkrafttreten der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 zu regelnden Anforderungen an die Evaluation.“

## Artikel 2

## Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 3 des Geset-

## Entwurf

tikel 8 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird *folgender Satz angefügt*:

„Verstößt ein Mitglied des Vorstandes in grober Weise gegen seine Amtspflichten und kommt ein Beschluss des Verwaltungsrates nach § 59 Absatz 3 Satz 1 nicht innerhalb einer angemessenen Frist zustande, hat die Aufsichtsbehörde dieses Mitglied seines Amtes zu entheben. Rechtsbehelfe gegen die Amtsenthebung haben keine aufschiebende Wirkung.“

## Artikel 3

**Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Mai 2011 (BGBl. I S. 898) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 66 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:  
„Abweichend von Satz 1 vollstrecken die nach Landesrecht zuständigen Vollstreckungsbehörden zugunsten der landesunmittelbaren Krankenkassen nach den Vorschriften des Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes.“
2. In § 75 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:  
„Die oberste Bundesbehörde kann das Genehmigungsverfahren bei Anträgen von Versicherungsträgern nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

## Artikel 4

**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

zes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird **wie folgt geändert**:

**1. Dem § 35a Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:**

„Verstößt ein Mitglied des Vorstandes in grober Weise gegen seine Amtspflichten und kommt ein Beschluss des Verwaltungsrates nach § 59 Absatz 3 Satz 1 nicht innerhalb einer angemessenen Frist zustande, hat die Aufsichtsbehörde dieses Mitglied seines Amtes zu entheben; Rechtsbehelfe gegen die Amtsenthebung haben keine aufschiebende Wirkung.“

**2. Dem § 77 Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:**

„Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer oder einem vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren. Ein Wirtschaftsprüfer oder ein vereidigter Buchprüfer ist von der Prüfung ausgeschlossen, wenn er in den letzten fünf aufeinanderfolgenden Jahren ohne Unterbrechung die Prüfung durchgeführt hat.“

## Artikel 3

**Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Mai 2011 (BGBl. I S. 898) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 66 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:  
„Abweichend von Satz 1 vollstrecken die nach Landesrecht zuständigen Vollstreckungsbehörden zugunsten der landesunmittelbaren Krankenkassen, **die sich über mehr als ein Bundesland erstrecken**, nach den Vorschriften des Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes.“
2. unverändert

## Artikel 4

**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

**01. In § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „hinaus“ folgende Wörter eingefügt:**

„; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstge-

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**setz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten“.**

1. Dem § 35 wird folgender Satz angefügt:

„§ 19 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

2. § 40 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in *den* §§ 23 und 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.“

1. unverändert

2. unverändert

3. § 60 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

**„In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.“**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Artikel 5****Änderung des Zweiten Gesetzes  
über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 39 Absatz 4 werden die Wörter „Beiträge; für die Bemessung der Beiträge gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ durch die Wörter „den Beitrag, den der Arbeitgeber bei einer Versicherungspflicht nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu tragen hätte“ ersetzt.
2. In § 50 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Satz 2 bis 5“ ersetzt.

**Artikel 6****Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 10 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:  
„Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“

2. Dem § 17a Absatz 4b wird folgender Satz angefügt:

**Artikel 5****Änderung des Zweiten Gesetzes  
über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert
2. unverändert
- 2a. § 51 Absatz 1a Satz 2 wird aufgehoben.
3. § 56 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Angabe „305b“ wird durch die Angabe „305a“ ersetzt.
  - b) Folgender Satz wird angefügt:  
„Die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben in ihrer Mitgliederzeitschrift in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit jährlich über die Verwendung ihrer Mittel Rechenschaft abzulegen und dort zugleich ihre Verwaltungsausgaben gesondert auch als Beitragssatzanteil auszuweisen.“

**Artikel 6****Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert
- 1a. § 17 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:  
„Eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegegesetzverordnung zu leisten wären. Für nicht-ärztliche Wahlleistungen gilt § 17 Absatz 1, 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.“

2. unverändert

## Entwurf

„Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“

3. In § 17b Absatz 2 Satz 8 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich“ eingefügt.

## Artikel 7

**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 3 werden vor dem Komma die Wörter „oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
  - b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
  - c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
 

„6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
2. § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:
 

„a) unveränderbarer Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, sofern eine Krankenversicherungsnummer nicht besteht, das krankenhausinterne Kennzeichen des Behandlungsfalles,“.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

3. unverändert

## Artikel 7

**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert
2. § 21 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:
 

„a) unverändert
  - b) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nach dem Wort „Krankenhausplanung“ werden die Wörter „und, sofern ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, für Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen“ eingefügt.
    - bb) Vor dem Komma am Ende werden ein Semikolon und die Wörter „die Datennutzung für Zwecke der Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, insbesondere die Wahrung der Betriebsgeheimnisse der Krankenhäuser, regeln die Länder unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten des jeweiligen Landes in einer Verordnung“ eingefügt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Artikel 8****Artikel 8****Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

unverändert

§ 2 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 werden vor dem Komma die Wörter „oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. Folgende Nummer 4 wird angefügt:  
„4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

**Artikel 9****Artikel 9****Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte****Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes von 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes von 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Absatz 3 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ist es auf Grund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, sind die Abweichungen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten ebenfalls darzustellen.“

1. unverändert

2. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die zuständigen Landesbehörden sind über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne rechtzeitig zu unterrichten, damit ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

2. unverändert

(3) Die aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zuzuleiten. Sie sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen, die sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden können.“

3. § 14 wird wie folgt geändert:

3. unverändert

- a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt auch für den Fall, dass der Bedarfsplan von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde beanstandet wurde und einer der Beteiligten den Landesausschuss angerufen hat.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

„(2) Der Landesausschuss hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde an seinen Beratungen zu beteiligen. Wurde der Landesausschuss zur Entscheidung angerufen, legt er den beschlossenen Bedarfsplan mit dem Ergebnis der Beratungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde im Rahmen der Rechtsaufsicht vor. Wird eine Nichtbeanstandung mit Auflagen verbunden, ist zu deren Erfüllung erneut zu beraten und bei Änderungen des Bedarfsplans erneut zu entscheiden. Beanstandet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde den Bedarfsplan oder erlässt sie den Bedarfsplan an Stelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder selbst erlassene Bedarfsplan dem Landesausschuss sowie der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit der Begründung für die Beanstandung oder die Ersatzvornahme zuzuleiten.“

4. § 18 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

4. unverändert

„(2) Ferner sind beizufügen:

1. ein Lebenslauf,
2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
3. Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
5. eine Erklärung des Arztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.“

5. Dem § 19 wird folgender Absatz 4 angefügt:

5. unverändert

„(4) In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 Prozent kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen.“

6. § 20 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

6. unverändert

„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.“

## Entwurf

## 7. § 21 wird wie folgt gefasst:

„§ 21

Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

## 8. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

b) In Absatz 3 Satz 1 *wird* nach dem Wort „wird“ ein Semikolon und *werden* die Wörter „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden“ eingefügt.

c) In Absatz 7 werden die Wörter „Zulassungsausschuß hat“ durch die Wörter „Zulassungsausschuss darf“ und wird das Wort „zu“ durch das Wort „nur“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## 7. unverändert

## 8. § 24 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

## b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 **werden** nach dem Wort „wird“ ein Semikolon und die Wörter „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden“ eingefügt.

## bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

**„Es ist nicht erforderlich, dass die an weiteren Orten angebotenen Leistungen in ähnlicher Weise auch am Vertragsarztsitz angeboten werden, oder dass das Fachgebiet eines in der Zweigpraxis tätigen Arztes auch am Vertragsarztsitz vertreten ist. Ausnahmen zu den in Satz 2 genannten Grundsätzen können im Bundesmantelvertrag geregelt werden. Regelungen zur Verteilung der Tätigkeit zwischen dem Vertragsarztsitz und weiteren Orten sowie zu Mindest- und Höchstzeiten gelten bei medizinischen Versorgungszentren nicht für den einzelnen in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Arzt.“**

cc) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

dd) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 8“ und die Angabe „Satz 3“ durch die Wörter „Satz 6“ ersetzt.

c) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

9. § 31 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um
1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder
  2. einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.“
10. § 31a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Die Zulassungsausschüsse können Ärzte, die
1. in einem Krankenhaus,
  2. in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vorsorgevertrag nach § 111 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, oder
  3. nach § 119b Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einer stationären Pflegeeinrichtung
- tätig sind, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit sie über eine entsprechende abgeschlossene Weiterbildung verfügen und der Träger der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, zustimmt.“
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausärzten“ durch die Wörter „Ärzten nach Satz 1“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhausarztes“ durch die Wörter „Arztes nach Absatz 1 Satz 1“ und werden die Wörter „das Krankenhaus gelegen ist“ durch die Wörter „die Einrichtung liegt, in der der Arzt tätig ist“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausträgers“ durch die Wörter „Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.
11. § 32 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt und werden die Wörter „; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten“ gestrichen.
9. unverändert
10. unverändert
11. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen,

1. wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt,
2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss, und
3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.“

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung kann die in Satz 2 Nummer 2 und 3 genannten Zeiträume verlängern. Für die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten ist die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.“

12. Dem § 32b wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Auf Antrag des Vertragsarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.“

13. Dem § 33 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Berufsausübungsgemeinschaften dürfen nicht gegründet werden, um Bestimmungen über eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern zu umgehen. Eine Umgehung des Verbots, Versicherte gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzuweisen, ist insbesondere dann anzunehmen, wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht.“

12. unverändert

13. § 33 Absatz 2 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keine persönlich erbrachte anteilige Leistung in diesem Sinne dar.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Artikel 10****Änderung der Zulassungsverordnung  
für Vertragszahnärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 40 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Universitätszahnklinik“ die Wörter „oder einer Zahnstation der Bundeswehr“ eingefügt.
2. § 12 Absatz 3 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ist es auf Grund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, sind die Abweichungen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten ebenfalls darzustellen.“

3. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die zuständigen Landesbehörden sind über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne rechtzeitig zu unterrichten, damit ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.

(3) Die aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Zahnärzte und Krankenkassen zuzuleiten. Sie sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen, die sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden können.“

4. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt auch für den Fall, dass der Bedarfsplan von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde beanstandet wurde und einer der Beteiligten den Landesausschuss angerufen hat.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Landesausschuss hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde an seinen Beratungen zu beteiligen. Wurde der Landesausschuss zur Entscheidung angerufen, legt er den beschlossenen Bedarfsplan mit dem Ergebnis der Beratungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde im Rahmen der Rechtsaufsicht vor. Wird eine Nichtbeanstandung mit Auflagen verbunden, ist zu deren Erfüllung erneut zu beraten und bei Änderungen des Bedarfsplans erneut zu entscheiden. Beanstandet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde den Bedarfsplan oder erlässt sie den Bedarfsplan an Stelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder selbst er-

**Artikel 10****Änderung der Zulassungsverordnung  
für Vertragszahnärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 40 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert

2. unverändert

3. unverändert

4. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

lassene Bedarfsplan dem Landesausschuss sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit der Begründung für die Beanstandung oder die Ersatzvornahme zuzuleiten.“

5. § 18 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Ferner sind beizufügen:

1. ein Lebenslauf,
2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
3. Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
5. eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.“

6. § 20 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Zahnarzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragszahnärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.“

7. § 21 wird wie folgt gefasst:

„§ 21

Ungeeignet für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist ein Zahnarzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen.

5. unverändert

6. unverändert

7. unverändert

## Entwurf

Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

8. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.

b) In *Absatz 3 Satz 1* wird nach dem Wort „wird“ ein Semikolon und *werden* die Wörter „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden“ eingefügt.

c) In Absatz 7 werden die Wörter „Zulassungsausschuß hat“ durch die Wörter „Zulassungsausschuss darf“ und wird das Wort „zu“ durch das Wort „nur“ ersetzt.

9. § 31 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte oder in besonderen Fällen zahnärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder
2. einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

8. § 24 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

**b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:**

aa) In Satz 1 **werden** nach dem Wort „wird“ ein Semikolon und die Wörter „geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden“ eingefügt.

bb) **Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:**

**„Es ist nicht erforderlich, dass die an weiteren Orten angebotenen Leistungen in ähnlicher Weise auch am Vertragszahnarztsitz angeboten werden oder dass das Fachgebiet eines in der Zweigpraxis tätigen Zahnarztes auch am Vertragszahnarztsitz vertreten ist. Ausnahmen zu den in Satz 2 genannten Grundsätzen können im Bundesmantelvertrag geregelt werden. Regelungen zur Verteilung der Tätigkeit zwischen dem Vertragszahnarztsitz und weiteren Orten sowie zu Mindest- und Höchstzeiten gelten bei medizinischen Versorgungszentren nicht für den einzelnen in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Zahnarzt.“**

cc) **Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.**

dd) **Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 8“ und wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.**

c) unverändert

9. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## 10. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt und werden die Wörter „; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt einen Vertreter oder einen Assistenten mit vorheriger Genehmigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nur beschäftigen

1. aus Gründen der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung,
2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss,
3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann die genannten Zeiträume verlängern.“

## 11. § 32b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird das Wort „Arzt“ durch das Wort „Zahnarzt“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Auf Antrag des Vertragszahnarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des angestellten Zahnarztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragszahnarzt nicht zugleich bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wird der bisher angestellte Zahnarzt Inhaber der Zulassung.“

## 12. Dem § 33 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Berufsausübungsgemeinschaften dürfen nicht gegründet werden, um Bestimmungen über eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärzten und anderen Leistungserbringern zu umgehen. Eine Umgehung des Verbots, Versicherte gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzuweisen, ist insbesondere dann anzunehmen, wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer

## 10. unverändert

## 11. unverändert

## 12. entfällt

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

*Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht.“*

**Artikel 11****Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 6a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 28b und 28c werden aufgehoben.

2. § 28d wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 28d

Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme“.

b) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „nach Ziffer 3 in Verbindung mit Ziffer 1.2 der Anlagen 1, 3, 5, 7, 9 und 11“ durch die Wörter „nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „und der Erstdokumentation nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ *gestrichen*.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „nach § 28f“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe b werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bbb) In Buchstabe c werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemein-

**Artikel 11****Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 6a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Absatz 3 Satz 8 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden die Wörter „nach § 28g Abs. 5“ durch die Wörter „insbesondere durch Aufhebung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch Verzicht auf die Zulassung“ ersetzt.

b) In Nummer 3 werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ *gestrichen*.

2. unverändert

3. § 28d wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „nach Ziffer 3 in Verbindung mit Ziffer 1.2 der Anlagen 1, 3, 5, 7, 9 und 11“ durch die Wörter „nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ **durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt**.

c) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

samen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen,“ gestrichen.

d) Absatz 2a wird aufgehoben.

d) unverändert

3. § 28e wird aufgehoben.

4. unverändert

4. § 28f wird wie folgt geändert:

5. unverändert

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 28f

Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „in Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder in Anlage 4“ werden durch die Wörter „in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bbb) Die Angaben „nach § 28b“, „nach § 28c“, „nach § 28e“ und „nach § 28g“ werden gestrichen.

ccc) Nach dem Wort „Evaluation“ werden die Wörter „jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

ddd) Das Komma am Ende wird durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.

cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 1a wird aufgehoben.

d) Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe a werden die Wörter „nach Anlage 2 in Verbindung mit den Anlagen 6, 8, 10 oder 12 oder nach Anlage 4“ durch die Wörter „nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bb) In Buchstabe c werden die Angaben „nach § 28c“ und „nach § 28g“ gestrichen.

cc) In Buchstabe d wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

dd) Buchstabe e wird aufgehoben.

e) Absatz 2a wird aufgehoben.

f) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

g) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit erforderlich, und die Daten nach Absatz 1 an die mit der Evaluation beauftragten Sachverständigen gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.“

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 5. § 28g wird aufgehoben.   | 6. unverändert  |
| 6. In § 28h Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „oder Verlängerung der Zulassung“ gestrichen.   | 7. unverändert  |
| 7. In § 37 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 wird nach dem Wort „Krankenversicherung“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und die zusätzlichen satzungsgemäßen Leistungen auf Grund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt. | 8. unverändert  |
| 8. In § 38 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auf Grund der Evaluationsberichte nach § 28g“ durch die Wörter „nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt und werden die Wörter „oder lehnt es die Verlängerung der Zulassung ab“ gestrichen.                                     | 9. unverändert  |
| 9. Die Anlagen 1 bis 12 werden aufgehoben.  | 10. unverändert |

**Artikel 12****Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung**

Die Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 91 Abs. 2 Satz 11“ durch die Wörter „§ 91 Absatz 2 Satz 15“ ersetzt.
2. Dem § 4 wird folgender Satz angefügt:

„Legt ein Stellvertreter des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, einer der weiteren Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder einer deren Stellvertreter sein Amt nieder, setzt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses das Bundesministerium für Gesundheit hierüber in Kenntnis.“

**Artikel 13****Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Dem § 78 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Juli 2011 (BGBl. I S. 1398) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

„Die Preisvorschriften für den Großhandel aufgrund von Satz 1 Nummer 1 gelten auch für pharmazeutische Unternehmer oder andere natürliche oder juristische Personen, die eine Tätigkeit nach § 4 Absatz 22 ausüben bei der Abgabe an Apotheken, die die Arzneimittel zur Abgabe an den Verbraucher beziehen.“

## Artikel 14

**Änderung der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse**

§ 2 Absatz 2 der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2) wird wie folgt geändert:

1. In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.
2. Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„War eine Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 3 an weiteren zeitlich nachfolgenden Vereinigungen beteiligt, ist das Verhältnis nach Satz 2 für jede Vereinigung neu zu ermitteln, indem es auf die Mitgliederzahl dieser Krankenkasse angewendet und das Ergebnis ins Verhältnis zur Mitgliederzahl aller an der jeweiligen Vereinigung beteiligten Krankenkassen gesetzt wird. Für die Berechnungen nach den Sätzen 2 und 3 ist jeweils die Mitgliederzahl zu dem in Satz 2 genannten Zeitpunkt zu Grunde zu legen.“

## Artikel 12

## Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2012 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nummer 3 und 66 sowie Artikel 4 Nummer 1 treten mit Wirkung vom 1. Mai 2011 in Kraft.

(3) In Artikel 1 Nummer 24 tritt § 87b Absatz 4 mit Wirkung zum ... [einsetzen: Tag der ersten Lesung] in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b tritt mit Wirkung zum ... [einsetzen: Tag der dritten Lesung] in Kraft.

(5) Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe b und in Buchstabe d § 85 Absatz 3 Satz 4 treten am 1. Juli 2012 in Kraft.

(6) Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a, c, d mit Ausnahme des § 85 Absatz 3 Satz 4, Buchstabe e treten am 1. Januar 2013 in Kraft.

## Artikel 15

## Inkrafttreten

(1) unverändert

(2) Artikel 1 Nummer 3 und **in Nummer 66 § 217f Absatz 6** sowie Artikel 4 Nummer 1 treten mit Wirkung vom 1. Mai 2011 in Kraft.

(3) unverändert

(4) Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b **und Nummer 80 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc und dd** treten mit Wirkung zum ... [einsetzen: Tag der dritten Lesung] in Kraft.

(5) unverändert

(6) Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a, c, d mit Ausnahme des § 85 Absatz 3 Satz 4, Buchstabe e **und Nummer 36 Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und dd** sowie **in Buchstabe e in Absatz 4c Satz 2 die Angabe „3a,“** treten am 1. Januar 2013 in Kraft.

(7) **Artikel 1 Nummer 83b und Artikel 5 Nummer 3** treten am 1. Januar 2014 in Kraft.

## Bericht der Abgeordneten Jens Spahn, Heinz Lanfermann, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Martina Bunge und Dr. Harald Terpe

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Überweisung

- a) Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 in seiner 128. Sitzung am 23. September 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.
- b) Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 17/3215 in seiner 128. Sitzung am 23. September 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss und den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.
- c) Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 17/7190 in seiner 130. Sitzung am 29. September 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.
- d) Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 17/7460 in seiner 136. Sitzung am 27. Oktober 2011 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss überwiesen.

#### II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Nach Auffassung der Bundesregierung ist die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Das deutsche Gesundheitswesen gehöre sicher zu den besten der Welt und erbringe auf hohem Niveau flächendeckend gute Leistungen. Um dieses hohe Niveau zu halten und zu verbessern, gebe es angesichts der demographischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringen werde, gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Schwerwiegende chronische Erkrankungen und Multimorbidität nähmen tendenziell zu. Dies führe zu einem steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen. Gleichzeitig sinke tendenziell aufgrund der demographischen Entwicklung auch das Nachwuchspotential in medizinischen und pflegerischen Berufen. Wenn die Rahmenbedingungen nicht geändert würden, drohe insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten. Dieser Mangel wirke sich

für die Patienten und ihre Versorgung direkt aus. Daher bedürfe es eines Bündels von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, um strukturellen Problemen der Versorgung rechtzeitig zu begegnen.

Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung seien die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes habe Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung gesteigert, indem eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten etabliert worden sei.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgten nunmehr Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen, damit das Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten könne. Es sollten Maßnahmen getroffen werden, in deren Folge sich im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessere. Mit einem Bündel von Maßnahmen, zu dem finanzielle Anreize, erweiterte Optionen etwa bei Zweigpraxen und der Delegation ärztlicher Leistungen sowie gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf im ärztlichen Bereich gehörten, werde die flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung für die Zukunft gesichert.

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

##### 1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung wird ein Bündel von Maßnahmen umgesetzt.

Die Bedarfsplanung wird insbesondere durch folgende Maßnahmen weiterentwickelt:

- Flexibilisierung der Planungsbereiche, Berücksichtigung von Demographie bei der Anpassung der Verhältniszahlen, Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen.
- Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten: Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der Bedarfsplanung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben künftig den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan den zuständigen Landesbehörden vorzulegen.
- Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten: Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern, erweitert.

- Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen sind Versorgungsgesichtspunkte künftig stärker zu berücksichtigen.

Die Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werden ausgebaut und flexibilisiert:

Weiterentwicklung der Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Vergütungsanreize:

- Alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstufung ausgenommen.
- Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z. B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren.
- Auch in der zahnärztlichen Versorgung wird eine Regelung zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs geschaffen, um die Option zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei lokalem Versorgungsbedarf zu eröffnen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung erhält bei entsprechendem Versorgungsbedarf die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten.
- Die Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen werden verbessert.
- Kommunale Träger erhalten die Möglichkeit, mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eine Eigeneinrichtung zu errichten.
- Die Residenzpflicht wird grundsätzlich auch in nicht unterversorgten Regionen aufgehoben.
- Der Ausbau von „mobilen“ Versorgungskonzepten wird unterstützt.
- Die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten von Leistungen zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten wird befördert.
- Telemedizin soll vor allem für den ländlichen Raum wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung werden.

Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf:

- Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von 6 auf 12 Monate verlängert.
- Die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zu 6 Monate eröffnet.
- Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten fiktiv berücksichtigt.

## 2. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird reformiert:

- Im System der vertragsärztlichen Vergütung erfolgt eine Flexibilisierung und Regionalisierung. Zentrale Umsetzungsvorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene für die Gestaltung der Vergütungen werden zurückgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Flexibilität bei der Honorarverteilung und die Vertragspartner auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vergütungsvereinbarungen.

- Überregulierungen werden abgebaut. Die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der ärztlichen Behandlungsdiagnosen (Ambulante Kodierrichtlinien) für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistung zu vereinbaren, entfällt.

## 3. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

Die vertragszahnärztliche Vergütung wird weiterentwickelt:

- Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen werden aufgegeben.
- Den regionalen Vertragspartnern werden größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet.
- Es werden gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen geschaffen.

## 4. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Um ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten, wird schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt, in dem Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen erbringen können.

## 5. Innovative Behandlungsmethoden

Zur Verbesserung der Bewertung innovativer Behandlungsmethoden erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Erprobung von Methoden mit Potential, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist.

## 6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden weiterentwickelt mit dem Ziel, Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen zu erhöhen sowie die erforderliche Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten weiter zu stärken. Die Neutralität der Unparteiischen und deren Stellvertreter wird wesentlich gestärkt. Sie dürfen zukünftig nicht mehr aus dem Kreis der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder kommen. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann die von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Unparteiischen und deren Stellvertreter anhören und ihrer Berufung widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit nicht als gewährleistet ansieht.

## 7. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen werden vergrößert, damit Patientinnen und Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen.

Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen werden erweitert. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog gewähren kann.

Darüber hinaus sollen die Krankenkassen auch Möglichkeiten einer spezifischen Leistungsgestaltung durch Verträge mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen in Form von Gruppentarifen erhalten.

## 8. Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Weitere Maßnahmen des Gesetzes sind u. a.

- eine Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen,
- die Flexibilisierung und Deregulierungen im Bereich der Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere im Heilmittel-, aber auch im Arzneimittelbereich,
- die Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel, die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern,
- eine Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/6906 hat der Nationale Normenkontrollrat (NKR) gemäß § 6 Absatz 1 des NKR-Gesetzes am 22. Juli 2011 eine Stellungnahme abgegeben. Darin sind die Ergebnisse einer Prüfung der Bürokratiekosten dokumentiert, die durch Informationspflichten begründet werden. Der NKR bittet das Bundesministerium für Gesundheit und den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Schätzung der Kosten, die durch die Erstellung von Richtlinien für die Teilnahme von Ärzten und Krankenhäusern an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und an der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entstehen, zu konkretisieren. Die vorgesehene Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die durch seine Beschlüsse anfallenden Bürokratiekosten zu ermitteln, wird ausdrücklich begrüßt. Die betreffende Regelung habe einen Vorbildcharakter auch für andere Bereiche der Selbstverwaltung. Ferner unterstützt der NKR das Vorhaben, auf die Verpflichtung der Bundesmanteltarifpartner zum Abschluss von Vereinbarungen über die Ambulanten Kodierrichtlinien zu verzichten. Deren Anwendung würde zu einem spürbaren bürokratischen Mehraufwand führen, der in keinem angemessenen Verhältnis zu ihrem Nutzen stünde.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. September 2011 zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) eine Reihe von Änderungen vorgeschlagen, insbesondere zum Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie zu Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung vom 5. Oktober 2011 zur Stellungnahme des Bundesrates festgestellt, dass sie der Mehrzahl der beschlossenen Vorschläge nicht entsprechen könne. Bei einer Reihe von Bundesratsvorschlägen werde die Bundesregierung prüfen, ob sie im weiteren Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden könnten. Entsprechend sind für die Themenkomplexe der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und den Abbau von Überversorgung weitere Änderungen in das Gesetz aufgenommen worden.

Zu Buchstabe b

Nach Auffassung der Antragsteller ist das geltende System der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen und der Krankenhausversorgung nicht geeignet, das Hauptanliegen sozialer Gesundheitspolitik, eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu garantieren, zu realisieren. Es gebe zum Teil gravierende Unterschiede in der Versorgungsdichte. Statt die tatsächliche Morbidität festzustellen, würden nur gewachsene Versorgungsstrukturen der Bedarfsplanung zugrunde gelegt. Mit den existierenden rechtlichen Instrumentarien gelinge es nicht, die Arztdichte effektiv zu regulieren. Für andere Gesundheitsberufe gebe es derzeit überhaupt keine Bemühungen, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, ein Gesetz vorzulegen, das Folgendes gewährleiste:

1. Eine alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung umfassende Bedarfsplanung solle die Morbidität, die Mobilität, die Handicaps, die Geschlechterverteilung, die Demographie, die regionale Infrastruktur und die soziale Entwicklung einbeziehen.
2. Die Ermittlung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung solle auf eine fundierte, evidente Basis gestellt werden.
3. Die Bedarfsplanung solle kleinräumig organisiert werden. Die strikte Unterscheidung zwischen den Sektoren – ambulant, stationär und pflegerisch – bei Planung und Versorgung werde sukzessive zu Gunsten einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung überwunden.
4. In Modellversuchen sollten fahrende barrierefreie Praxen erprobt und mittels eines Shuttle-Service die Erreichbarkeit von ambulanten und stationären Strukturen gesichert werden.
5. Verschiedene ärztliche Aufgaben sollten auf andere, bereits existente oder zu schaffende Berufe flächendeckend übertragen werden.
6. Zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung sollten für alle Gesundheitsberufe verstärkt Angestelltenverhältnisse ermöglicht werden. Dafür sollten poliklinische Strukturen verbessert und ausgebaut werden.
7. Um flexible Anpassungen zu ermöglichen bzw. möglicher Überversorgung wirksam entgegenzutreten zu können, sollten Automatismen zur Ausweitung und Zementierung der Menge an ambulant ärztlicher Versorgung aufgehoben werden.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller wird der Gesetzentwurf der Bundesregierung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) den

Herausforderungen, vor denen das deutsche Gesundheitswesen angesichts der durch den demographischen Wandel bedingten Veränderung von Krankheitsbildern und des Wandels der Patientenansprüche stehe, nicht gerecht. Neue Versorgungslösungen würden behindert, bestehende Instrumente zum Abbau von Über- und Fehlversorgung wieder abgeschafft, wirksame Anreize für mehr Qualität nicht geschaffen und die Potentiale nichtärztlicher Gesundheitsberufe nicht genutzt. Der Entwurf orientiere sich nicht an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, sondern an den finanziellen Interessen einzelner Leistungserbringer.

Daher solle die Bundesregierung aufgefordert werden, den vorliegenden Gesetzentwurf zurückzuziehen und einen neuen Entwurf auszuarbeiten, durch den

1. die bisherige Bedarfsplanung reformiert werde hin zu einer sektorübergreifenden und auf gründlichen Analysen (u. a. unter Berücksichtigung der Morbidität und Sozialstruktur) und Versorgungszielen fußenden Versorgungsplanung;
2. die Primärversorgung deutlich aufgewertet und in ihrer Rolle als Lotse der Versorgung gestärkt werde;
3. die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu gestaltet werde, Anreize für mehr teamorientierter Zusammenarbeit entstünden und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten ermöglicht würden;
4. mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen wie regionale Versorgungsverbände, Gesundheitszentren und mobile Lösungen geschaffen würden;
5. wirksame Anreize zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesetzt würden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller begrüßen zwar den Nutzen von Telematik im Gesundheitswesen, bewerten aber das Konzept der elektronischen Gesundheitskarte als unzureichend. Gravierende Mängel sehen sie beim Kosten-Nutzen-Verhältnis, dem Datenschutz, der Freiwilligkeit der Nutzung sowie der freien Entscheidung hinsichtlich einer zentralen oder dezentralen Speicherung für die Patienten.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, das Konzept der elektronischen Gesundheitskarte so lange zurückzustellen, bis folgende Bedingungen erfüllt seien: 1. eine Bewertung unter Einbeziehung der bei der Erprobung gewonnenen Erkenntnisse, bei der sich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis ergäbe, 2. die Garantie, dass weder Kostenträger noch staatliche Stellen, Industrieunternehmen oder andere „Dritte“ auf die sensiblen Gesundheitsdaten zugreifen könnten, 3. die Gewährleistung der Freiwilligkeit der Nutzung aller neuen Funktionen und 4. eine Prüfung geeigneter technischer Alternativen zur Speicherung von Daten auf zentralen Servern durch unabhängige Gutachter.

### III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 59. Sitzung am 30. November 2011 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Frak-

tion DIE LINKE. auf Drucksache 17/3215 abzulehnen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/7460 abzulehnen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 68. Sitzung am 30. November 2011 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksachen 17(14)190neu, 17(14)192, 17(14)193, 17(14)194 und 17(14)195 angenommen. Er hat mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 in der geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 56. Sitzung am 30. November 2011 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/3215 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 81. Sitzung am 30. November 2011 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/7190 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 53. Sitzung am 30. November 2011 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP anzunehmen. Die Änderungsanträge auf den Ausschussdrucksachen 17(13)147a bis e, 17(14)0190 neu, 17(14)0192, 17(14)0193, 17(14)0194 und 17(14)0195 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/7190 abzulehnen.

### IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 49. Sitzung am 28. September 2011 die Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/6906, über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/3215

sowie über den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/7190 aufgenommen und beschlossen, hierzu eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Der Ausschuss hat seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/6906, über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/3215 sowie über den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/7190 in seiner 52. Sitzung am 19. Oktober 2011 fortgesetzt und hierzu ein Expertengespräch durchgeführt.

Die öffentliche Anhörung fand in der 53. Sitzung am 19. Oktober 2011 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V., Ambulante Versorgungslücken e. V. (AVL), AOK-Bundesverband (AOK-BV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. (BDK), Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) e. V., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. (BNHO), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh), BKK Bundesverband (BKK BV), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e. V. (BamR), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V. (PHAGRO), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Managed Care e. V. (BMC), Bundesverband Medizinische Versorgungszentren e. V. (BMVZ), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V. (BNK), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), dbb beamtenbund und tarifunion, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V., Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. (dggö), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DG-KJ), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV), Deut-

sche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR), Deutscher Anwaltverein (DAV) e. V., Deutscher Behindertenrat Weibernetz e. V. (DBR), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzterverband e. V., Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e. V., Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V. (FVDZ), Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK e. V.), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), GKV-Spitzenverband, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e. V. (IDW), Institut des Bewertungsausschusses, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e. V. (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Pro Generika e. V., Sozialverband Deutschland (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), VdGH – Verband der Diagnostica-Industrie e. V., ver.di – Vereinte Leistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Volkssolidarität Bundesverband e. V. (VS), Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Christian Dierks, Prof. Dr. Wolfgang Spoerr, Prof. Dr. Günter Neubauer, Dr. Reimar Buchner, Dr. Christopher Hermann, Prof. Dr. Helge Sodan, Prof. Dr. Klaus Stegmüller und Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz eingeladen.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/6906, über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/3215 sowie über den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/7190 in seiner 54. Sitzung am 26. Oktober 2011 fortgesetzt. In seiner 55. Sitzung

am 9. November 2011 hat der Ausschuss seine Beratungen über die zuvor genannten Vorlagen fortgesetzt und die Beratungen über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/7460 sowie über die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 17/7274 aufgenommen. In seiner 57. Sitzung am 30. November 2011 hat der Ausschuss seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/6906, 17/7274, über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/3215, über den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/7190 sowie über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/7460 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge auf den Ausschussdrucksachen 17(14)190neu, 17(14)192, 17(14)193, 17(14)194 und 17(14)195 wurde wie folgt abgestimmt: Über den Änderungsantrag Nummer 4 auf Ausschussdrucksache 17(14)192 wurde gesondert abgestimmt. Die Abstimmungen über die übrigen Änderungsanträge erfolgten jeweils en bloc. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(14)190neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Der Änderungsantrag Nummer 4 auf Ausschussdrucksache 17(14)192 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 3 und 5 bis 25 auf Ausschussdrucksache 17(14)192 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)193 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(14)194 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(14)195 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/3215 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 17/7190 abzulehnen. Ferner empfiehlt er

mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 17/7460 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/6906, 17/7274 beschlossen. Diese betreffen in der Hauptsache folgende Bereiche:

Im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurden ergänzende und klarstellende Regelungen aufgenommen. Insbesondere ist der Katalog der §-116b-Leistungen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen begrenzt sowie die Regelung eines vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalts als Voraussetzung für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei diesen Erkrankungen aufgenommen worden. Weiterhin wurde die Zuständigkeit für die Durchführung des Anzeigeverfahrens auf den um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen übertragen.

Darüber hinaus werden durch neu aufgenommene Änderungen die bestehenden Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut. So sollen Krankenkassen künftig Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch hinausgehen – etwa die Gewährung von Haushaltshilfe auch an Alleinstehende. Damit werden Versorgungslücken vermieden. Bisher ist diese Option eine „Kann-Vorschrift“. Weiterhin werden Vernetzungen und Kooperationen auf Ärzteseite unterstützt, indem gezielte finanzielle Fördermöglichkeiten für kooperative Netzstrukturen der Ärzteschaft geschaffen werden. Vor dem Hintergrund teilweise langer Wartezeiten auf Facharzttermine wird klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag auch die Verpflichtung beinhaltet, Versicherten in einem angemessenen Zeitraum fachärztliche Versorgung zukommen zu lassen. Weitere Änderungen betreffen die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Hier werden die Versorgungsstrukturen durch die Einführung einer zusätzlichen Vergütung für die erforderliche aufsuchende Betreuung durch den Zahnarzt verbessert. Schließlich wird das Verfahren der Versicherteninformation neu geregelt: Ziel ist, zur Verbesserung der Transparenz den Versicherten einen unkomplizierten Zugang zu Informationen über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu ermöglichen. Dabei wird datenschutzrechtlichen Aspekten insbesondere dadurch Rechnung getragen, dass das Gebot der Trennung der Daten zu ärztlich veranlassten bzw. verordneten Leistungen von den ärztlich erbrachten Leistungen gesetzlich verankert wird und im Fall der internetbasierten elektronischen Auskunft Sicherheitsmaßnahmen auf dem aktuellen Stand der Technik vorzusehen sind.

Eine Reihe weiterer Änderungen dient der Rechtsbereinigung.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/6906 lagen dem Ausschuss neun Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten sprach sich im Wesentlichen aus

- gegen die geplante Einführung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV),
- gegen eine Einschränkung der Berechtigung zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren und insbesondere gegen die Bevorzugung von freigemeinnützigen Trägern gegenüber privaten Unternehmen,
- gegen die geplante Änderung des § 128 Absatz 2 Satz 3 SGB V, wonach als unzulässige Zuwendungen (an den Arzt) auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern zählen, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können,
- für die Abschaffung der Richtgrößenprüfung und die ersatzlose Streichung des § 106 Absatz 2 Nummer 1 SGB V,
- für den Abbau von Unterschieden in der Vergütung ärztlicher Leistungen in den einzelnen Bundesländern,
- für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs in allen Bundesländern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen mit unterdurchschnittlicher Gesamtvergütung auf das bundesdurchschnittliche Niveau im Jahre 2011, basiswirksam für die Folgejahre,
- für gezielte Maßnahmen zur Behebung des durch den demographischen Wandel bedingten Ärztemangels im ländlichen Bereich,
- für die Übertragung der Kostenverantwortung für Arzneimittel in die alleinige Verantwortung von Krankenkassen und Herstellern von Arzneimitteln,
- für die Umwandlung der Leistungen der Haushaltshilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 38 Absatz 2 SGB V von einer Kann-Leistung in eine Muss-Leistung,
- für die Abschaffung der Regresse im Bereich des Kassenarzteswesens.

Den Anliegen der Petenten wurde teilweise entsprochen.

Die **Fraktion der CDU/CSU** merkte an, offensichtlich falle es den Oppositionsfraktionen schwer, an dem Gesetzentwurf grundsätzliche Kritik zu üben, da das Vorhaben mit großer Sorgfalt umgesetzt worden sei. Das Versorgungsstrukturgesetz füge sich harmonisch in das gesundheitspolitische Gesamtkonzept der Koalition ein, in dessen Rahmen mit dem GKV-Finanzierungsgesetz zunächst die Kostenproblematik angegangen worden sei, während man sich nun der Reform der Versorgungsstrukturen widme. Im Jahre 2012 werde dann mit der Pflegereform, dem Psychentgeltgesetz und dem Patientenrechtegesetz dieses Konzept konsequent weiter vervollständigt. Das Hauptziel des vorliegenden Gesetzentwurfs bestehe darin, die Versorgung der Menschen zu verbessern. Es sei seit langem die erste Gesundheitsreform, die nicht vorrangig Einsparungen beinhalte. Die große Zahl der Änderungsanträge, die die Koalition zu dem Gesetzentwurf eingebracht habe, sei ein Beweis für die Bereitschaft, Anregungen von verschiedener Seite aufzugreifen. Dies gelte unter anderem für die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es sei davon auszugehen, dass die Amtszeit der unparteiischen Mitglieder regelt und ausnahmslos sechs Jahre betragen werde. Ferner

bedürfe es beim Angebot einer internetbasierten elektronischen Auskunft für Versicherte eines sicheren elektronischen Verfahrens. Die Bundesregierung habe bereits zwei wichtige IT-Projekte auf den Weg gebracht, die insbesondere dem Ziel einer solchen vertrauensvollen und sicheren elektronischen Kommunikation dienen: den elektronischen Personalausweis und die De-Mail. Um den Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten, sollten daher insbesondere die Instrumente des elektronischen Identitätsnachweises nach § 18 des Personalausweisgesetzes sowie des De-Mail-Gesetzes genutzt werden. Eine Beteiligung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik bei der Erstellung der entsprechenden Konzepte sei anzustreben. Ein verstärktes Aufkaufen von psychotherapeutischen Arztsitzen werde dadurch verhindert, dass die Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen erst im Jahr 2013 in Kraft trete. Bis dahin gehe man davon aus, dass die gemeinsame Selbstverwaltung mit Augenmaß agiere und den Willen des Gesetzgebers bei ihren Entscheidungen in den Mittelpunkt ihres Handelns stelle.

Die **Fraktion der FDP** wies darauf hin, dass die sorgfältige Detailarbeit, die die Koalitionsfraktionen in intensiver Zusammenarbeit mit dem BMG geleistet hätten, sich auszahlt habe und sich in einer spürbaren Verbesserung der Versorgungsstrukturen niederschlagen werde. Entsprechend positiv seien auch die Reaktionen der Öffentlichkeit ausgefallen. Die Erhaltung bzw. der Neuaufbau von Versorgungsstrukturen im ländlichen Bereich lasse sich nicht durch Zwang, sondern nur durch geeignete Anreize für die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe erreichen. Dabei sei es den Koalitionsfraktionen gelungen, die unterschiedlichen Interessen von Bund, Ländern und Regionen zu einem gerechten Ausgleich zu bringen. Dies sei auch deshalb von Bedeutung, weil der Bund für einen Teil der gesundheitspolitisch bedeutsamen Fragen, wie etwa die Festlegung der Zahl der Medizinstudienplätze, nicht zuständig und daher auf die Kooperationsbereitschaft der Länder angewiesen sei.

Die **Fraktion der SPD** äußerte die Auffassung, dass das Gesamtkonzept des Gesetzentwurfs trotz der zahlreichen Änderungsanträge, die von den Koalitionsfraktionen eingebracht worden seien, eine verkehrte Stoßrichtung habe. Die Regelungen bezögen sich schwerpunktmäßig auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte, schüfen aber keine neue Strukturen, die etwa geeignet seien, die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die **Fraktion DIE LINKE** merkte an, dass die Koalition die Erwartungen bei weitem nicht erfüllt habe. In den strukturschwachen Regionen werde sich die medizinische Versorgungssituation nicht verbessern. Es würden überwiegend Ärztinnen und Ärzte bedacht und andere Berufsgruppen vernachlässigt. Zudem sei eine Kostensteigerung zu befürchten, denn nicht umsonst habe der Bundesminister der Finanzen eine Kostenbremse eingezogen. Insgesamt enthalte das Gesetz zwar einige positive Ansätze, es sei beispielsweise aber fraglich, ob der G-BA die ihm übertragene Aufgabe, Vorgaben für eine gute Versorgungsplanung zu erarbeiten, erfüllen könne. Hierfür fehlten die notwendigen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Außerdem fehlten effektive Regelungen um das ärztliche Niederlassungsverhalten zu

steuern. Deswegen lehne man das Gesetz in seiner Gesamtheit ab.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** merkte an, dass in dem Gesetzentwurf kein echter gesundheitspolitischer Aufbruch erkennbar sei. Es würden entweder nur bereits bestehende Regelungen modifiziert oder falsche Anreize gesetzt. Zudem werde weder auf die demografischen Veränderungen und die sich wandelnden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten noch auf den Personalmangel im Gesundheitsbereich gerade in strukturschwachen Regionen eine angemessene Antwort gegeben. Vielmehr würden Partialinteressen innerhalb der Ärzteschaft bedient. Das Ziel einer sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung werde nicht angemessen berücksichtigt. Zudem sei zu bezweifeln, ob der Gemeinsame Bundesausschuss die Bedarfsplanung auf Basis der vorgegeben Kriterien innerhalb der geltenden Frist leisten könne. Da in dem gesamten Vorhaben keine eindeutige Zielrichtung erkennbar sei, werde man bei der Abstimmung dagegenstimmen.

## B. Besonderer Teil

### Zu Artikel 1

#### Zu Nummer 1 (§ 2 Absatz 1a SGB V)

(Leistungen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen)

Mit dem Gesetzentwurf wird in § 2 Absatz 1a der nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts unter bestimmten Umständen bestehende Anspruch auf noch nicht allgemein anerkannte Leistungen in Fällen einer lebensbedrohlichen oder in der Regel tödlichen Erkrankung gesetzlich klargestellt. Die Voraussetzungen werden durch einige Änderungen konkretisiert und redaktionell angepasst.

Die Wörter „in der Regel“ werden durch das Wort „regelmäßig“ ersetzt, um eine redaktionelle Anpassung an die Formulierung in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundessozialgerichts herbeizuführen. Die Rechtsprechung nimmt Bezug auf eine „regelmäßig“ tödliche Erkrankung.

Sofern Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer vor Behandlungsbeginn zur Klärung des Bestehens eines Leistungsanspruchs eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse begehren, ist diese auf der Grundlage eines Antrages des Versicherten oder des Arztes, welcher medizinisch ausreichend zu begründen ist, zu erteilen. Die Abrechnungsmöglichkeit der bisher nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthaltenen Leistungen wird damit festgestellt. Es handelt sich um Leistungen, die im Bereich der ambulanten Versorgung z. B. nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgesehen sind. Antrag und Kostenübernahmeerklärungen können dabei formlos sein. Die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene können auch einen Kostenübernahmeantrag vereinbaren, um eine einheitliche Grundlage zu schaffen. Wurde die Kostenübernahmeerklärung erteilt, besteht für die Versicherten keine Unsicherheit darüber, ob Behandlungen von der Krankenkasse übernommen werden, und für die Ärzte kein Regressrisiko mehr, da der Leistung durch die Kasse bereits zugestimmt wurde.

#### Zu Nummer 1a – neu – (§ 4 SGB V)

(Fortsetzung der Ausgabe von Gesundheitskarten in 2012)

Die elektronische Gesundheitskarte dient der Verbesserung des Datenschutzes, der Missbrauchsbekämpfung, der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Bereits zum 1. Januar 2004 ist die gesetzliche Regelung in Kraft getreten, wonach die Krankenkassen ab dem Jahr 2006 die Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu erweitern haben. Der Ausgabeprozess wurde aber erst durch die zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene Regelung in Absatz 6, wonach Krankenkassen eine Kürzung ihrer Verwaltungsausgaben hinnehmen müssen, wenn sie im Jahr 2011 nicht an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten Gesundheitskarten ausgeben, bundesweit eingeleitet. Die Ergänzung der Regelung in Absatz 6 dient dem Zweck, dass die Krankenkassen diesen im Jahr 2011 begonnenen Prozess der Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten an ihre Versicherten über die gesetzliche Vorgabe für das Jahr 2011 hinaus konsequent fortsetzen. Bei Krankenkassen, die bis Ende des Jahres 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgeben und die damit auch die vorgegebenen Möglichkeiten zur Reduzierung des Missbrauchs sowie der Steigerung der Wirtschaftlichkeit nicht nutzen, sollen sich die Verwaltungskosten im Jahr 2013 gegenüber 2012 nicht erhöhen. Damit wird die nach Absatz 4 Satz 2 für die Jahre 2011 und 2012 vorgeschriebene Begrenzung der Verwaltungsausgaben unter Berücksichtigung der für diese Jahre geltenden Ausnahmetatbestände für diese Krankenkassen für das Jahr 2013 fortgeschrieben. Die Bezugnahme auf das Jahr 2012 stellt sicher, dass sich die Verwaltungsausgaben auch derjenigen Kassen nicht erhöhen, die bereits die in Satz 1 für das Jahr 2011 gesetzlich geregelte Ausstattungsquote von 10 Prozent nicht erreicht haben und deshalb im Jahr 2012 eine Reduktion ihrer Verwaltungsausgaben um 2 Prozent hinnehmen müssen.

#### Zu Nummer 1b – neu – (§ 8 SGB V)

(Befreiung von der Versicherungspflicht für Beschäftigte in Familienpflegezeit)

Die Regelung stellt klar, dass Personen, die Pflegezeit im Rahmen des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen, das gleiche Befreiungsrecht haben wie Personen, die nach bereits geltendem Recht die Möglichkeit der Pflegezeit im Rahmen des Pflegezeitgesetzes nutzen.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (s. Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 6. Juni 2011, Drucksache 17/6000, sowie Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 19. Oktober 2011, Drucksache 17/7387) soll pflegenden Angehörigen im Wege einer staatlichen Förderung der Familienpflegezeit ab dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit eröffnet werden, in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren mit reduzierter Stundenzahl im Beruf weiter zu arbeiten, um Angehörige häuslich zu pflegen, wobei durch eine staatlich geförderte Aufstockung ihres Arbeitsentgelts dennoch ihre finanzielle Lebensgrundlage erhalten bleibt.

Durch die Reduzierung ihrer Arbeitszeit können pflegende Angehörige, die bislang wegen Überschreitens der Jahresar-

beitsentgeltgrenze in ihrer Beschäftigung versicherungsfrei und privat krankenversichert waren, versicherungspflichtig in der GKV werden.

Nach geltendem Recht haben Personen, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen, die Möglichkeit, sich bei Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit für die Dauer der Pflegezeit von der Versicherungspflicht in der GKV befreien zu lassen, um ihre bisher bestehende private Absicherung im Krankheitsfall fortführen zu können. Gleiches gilt auch für Personen, die nach der Inanspruchnahme von Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung von 50 Prozent oder weniger aufnehmen, die als Vollbeschäftigung versicherungsfrei wäre, wenn sie bereits seit fünf Jahren versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze sind bzw. in diesem Zeitraum Pflegezeit in Anspruch genommen haben.

Mit der Neuregelung soll auch Beschäftigten, die Familienpflegezeit nach dem Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz) in Anspruch nehmen, unter den gleichen Voraussetzungen, die bei der Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG gelten, eine Befreiungsmöglichkeit eingeräumt werden. Erfasst werden Beschäftigte, die Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen, also die Familienpflegezeit im engeren Sinne sowie die Nachpflegephase (vgl. § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes). Die Regelung ist sachgerecht, da sie die Kontinuität in der Krankenversicherung wahrt.

#### **Zu Nummer 1c – neu – (§ 9 SGB V)**

(Freiwillige Versicherung)

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

#### **Zu Nummer 1d – neu – (§ 10 SGB V)**

(Verlängerung der Familienversicherung)

Mit dem Gesetz zur Änderung wehrrechtlicher Vorschriften 2011 (Wehrrechtsänderungsgesetz 2011) vom 26. April 2011 und der davon erfassten Änderung des Wehrpflichtgesetzes (WPfLG) wurde ab 1. Juli 2011 die Aussetzung der Wehrpflicht unter Fortentwicklung des freiwilligen Wehrdienstes realisiert. Zeitgleich mit der Aussetzung der Wehrpflicht wurde durch das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28. April 2011 auch der Zivildienst als bisheriger Wehrrersatzdienst ausgesetzt. Als Alternative wurde ein Bundesfreiwilligendienst (BFD) für Männer und Frauen eingeführt, der dem Ziel einer Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sowie der Stärkung der bestehenden zivilgesellschaftlichen Strukturen dient und als Ergänzung und Stärkung der bestehenden Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz (JFDG) ausgestaltet wurde.

Nach § 10 Absatz 2 Nummer 1 bis 3 sind Kinder bis zu verschiedenen Altersgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert. Eine Verlängerung der Familienversicherung eines Kindes über das 25. Lebensjahr hinaus ist bisher nur möglich, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes, das heißt durch die Erfüllung der Wehrpflicht oder

ersatzweise des Zivildienstes, unterbrochen oder verzögert wird.

Infolge der Einführung des freiwilligen Wehrdienstes und des Bundesfreiwilligendienstes werden seit dem 1. Juli 2011 grundsätzlich keine neuen gesetzlichen Dienstpflichten mehr begründet (Ausnahme: im Spannungs- und Verteidigungsfall). Für den freiwilligen Wehrdienst sieht § 56 WPfLG vor, dass alle sonstigen Regelungen, die an die Ableistung des Grundwehrdienstes anknüpfen, auf die freiwillig Wehrdienstleistenden entsprechend anzuwenden sind. Die Regelungsabsicht in Bezug auf die Verlängerung der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch in Bezug auf den bis zu 23 Monate dauernden freiwilligen Wehrdienst im Verhältnis zu den zuletzt sechs Monate dauernden Grundwehrdienst nicht klar und eindeutig zu erkennen. Eine Berücksichtigung nur von Zeiten des freiwilligen Wehrdienstes würde zudem zu einer sachlich nicht begründbaren Ungleichbehandlung im Verhältnis zu den übrigen Freiwilligendiensten führen.

Die Neuregelung stellt die Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf die Verlängerungstatbestände der Familienversicherung nach § 10 sicher. Damit führen neben der Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht ab dem 1. Juli 2011 auch Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder eines vergleichbaren Freiwilligendienstes (zum Beispiel Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer) zur Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus, wenn hierdurch eine Schul- oder Berufsausbildung verzögert oder unterbrochen worden ist. Die Regelung trägt auch dazu bei, das bürgerliche Engagement zu stärken und Freiwilligendienste zu fördern. Der Verlängerungszeitraum ist auf höchstens zwölf Monate begrenzt. Diese Begrenzung trägt einerseits dem Umstand Rechnung, dass Freiwilligendienste häufig für eine Dauer von zwölf Monaten abgeschlossen werden. Andererseits wird dadurch einer erheblichen Ausweitung der beitragsfreien Familienversicherung, die durch die Beitragszahler der Solidargemeinschaft aufgefangen werden muss, begegnet; dies gilt insbesondere für den neuen freiwilligen Wehrdienst, der – im Gegensatz zur bisherigen sechsmonatigen Wehrpflicht – bis zu 23 Monate dauern kann.

#### **Zu Nummer 2 (§ 11 SGB V)**

(Versorgungsmanagement; Klarstellungen bei erweiterten Anbotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen)

#### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Für viele Patientinnen und Patienten ist von besonderer Bedeutung, dass der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die Versorgung nach Krankenhausaufenthalt im Rahmen des Entlassmanagements gut organisiert ist. Dies gilt in besonderem Maße im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Behandlung. Durch die Ergänzung in § 11 Absatz 4 wird klargestellt, dass das Versorgungsmanagement auch die Fälle des Übergangs in die fachärztliche Versorgung enthält. Es wird die Pflicht des Leistungserbringers

konkretisiert, bei einer Anschlussbehandlung des Patienten beim Facharzt für einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge zu tragen.

### Zu Doppelbuchstabe bb

Enthält die Fassung des Regierungsentwurfs.

### Zu Buchstabe b

Zu Satz 1

Der Gesetzentwurf sieht in § 11 Absatz 6 vor, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung in bestimmten Bereichen zusätzliche, vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen bei der Versorgung vorsehen kann. Mit der Änderung wird klargestellt, dass bei den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nur apothekenpflichtige und nicht frei verkäufliche Arzneimittel vorgesehen werden dürfen.

Zu Satz 2

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen in ihren Satzungen auch Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern anbieten können. Um die Qualität dieser Leistungen sicherzustellen, haben die Krankenkassen in ihren Satzungen diesbezüglich hinreichende Anforderungen insbesondere auch an die Qualifikation nicht zugelassener Leistungserbringer festzulegen.

### Zu Nummer 3 (§ 19 SGB V)

(Leistungsentscheidung bei Kassenschließungen)

Der Gesetzentwurf sieht in § 19 Absatz 1a vor, dass die Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkassen gegenüber der aufnehmenden Krankenkasse fortgelten. Mit der vorliegenden Änderung wird diesbezüglich klargestellt, dass dies nicht für Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen gilt.

Allerdings sollen für Mitglieder, die sich bei der aufnehmenden Krankenkasse für Wahltarife entscheiden, die sie in vergleichbarer Weise zum Zeitpunkt der Schließung bei ihrer bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatten, nicht nochmals Wartezeiten zu erfüllen sein. Grundsätzlich ist das Mitglied gehalten, sich aktiv eine neue Krankenkasse zu wählen, die – auch hinsichtlich von Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen – seinen Bedürfnissen entspricht.

### Zu Nummer 3a – neu – (§ 20d SGB V)

(Schutzimpfungen)

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung aufgehoben, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

### Zu Nummer 3b – neu – (§ 21 SGB V)

(Rechtsbereinigung)

Die Zeitangabe für das erstmalige Zustandekommen der gemeinsamen Rahmenvereinbarung in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden und deshalb zu streichen.

### Zu Nummer 3c – neu – (§ 24b SGB V)

(Kostenerstattung nach dem Gesetz zur Hilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen)

Die Länder erstatten den Krankenkassen auf der Grundlage des Schwangerschaftskonfliktgesetzes Kosten, die nach § 24b Absatz 4 nicht von den Krankenkassen zu tragen sind. Mit der Umstellung der Krankenhausvergütung auf das DRG-Entgeltsystem nach § 17b KHG ist der bisherige Verweis auf den allgemeinen Pflegesatz nicht mehr einschlägig. Seit der Umstellung auf das neue Entgeltsystem hat das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund einer gesonderten Kalkulation des DRG-Instituts die Länder über den von ihnen zu tragenden Finanzierungsanteil informiert. Der Finanzierungsanteil beruht auf den mittleren Kosten eines typischen Behandlungsfalls eines stationären Schwangerschaftsabbruchs an einem Kalendertag. Er umfasst nicht die Kosten einer Übernachtung. Zur rechtlichen Klarstellung wird der Gesetzeswortlaut an die geübte Praxis zur Ermittlung des Finanzierungsanteils der Länder angepasst. Die Kalkulation des DRG-Instituts erfolgt auf der Grundlage der für das Entgeltsystem nach § 17b KHG erhobenen Kalkulationsdaten, eine gesonderte Kalkulationsstichprobe ist nicht erforderlich.

### Zu Nummer 5 (§ 32 SGB V)

(Versorgung mit Heilmitteln)

Die Änderung stellt klar, dass es sich um eine ergänzende Option handelt, die die Verordnungsmöglichkeiten nach der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Inanspruchnahme verordneter Leistungen nicht in Frage stellt. Dies ist teilweise bezweifelt worden.

### Zu Nummer 6a – neu – (§ 34 SGB V)

(Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel)

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

### Zu Nummer 6b – neu – (§ 35 SGB V)

(Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel)

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

### Zu Nummer 7a – neu – (§ 37b SGB V)

(Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, SAPV)

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

### Zu Nummer 7b – neu – (§ 38 SGB V)

(Haushaltshilfe)

Nach geltender Rechtslage können Krankenkassen Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe vorsehen, die über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Absatz 1 SGB V hinausgehen. Diese Satzungsregelung wird mit der Änderung in eine Soll-Regelung überführt. Damit sollen Fälle stärker erfasst werden, in denen Versicherte ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht weiterführen können, ein Anspruch auf Haushaltshilfe aber bisher deshalb nicht gegeben ist, weil die Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 38 Absatz 1 nicht gegeben sind. Damit kann insbesondere von

der Voraussetzung abgewichen werden, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Zudem wird mit dem neuen § 11 Absatz 6 SGB V vorgesehen, dass die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet werden. Die für erweiterte Satzungsregelungen in Betracht kommenden Leistungsbereiche sind im neuen § 11 Absatz 6 SGB V ausdrücklich und abschließend genannt. Dazu gehört auch die Haushaltshilfe.

#### **Zu Nummer 10a – neu – (§ 49 SGB V)**

(Aufhebung von Übergangsregelungen zum Krankengeld)

§ 49 Absatz 2 SGB V enthält Übergangsvorschriften zur Anwendung des § 49 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB V auf Krankengeldansprüche, die für einen Zeitraum vor dem 1. Januar 1990 geltend gemacht worden sind und über die noch keine nicht mehr anfechtbare Entscheidung getroffen worden ist. Dieser Übergangsregelung hat infolge des Zeitablaufs heute keine Bedeutung mehr und wird deshalb aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

#### **Zu Nummer 10b – neu – (§ 55 SGB V)**

(Rechtsbereinigung)

Die Zeitangabe für den Beginn der für die Anwendung der Bonusregelung im Rahmen des Festzuschussystems beim Zahnersatz erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden und deshalb zu streichen.

#### **Zu Nummer 10c – neu – (§ 62 SGB V)**

(Aufhebung von Datumsangaben und Übergangsregelungen)

##### **Zu Buchstabe a**

In § 62 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, bis zum 31. Juli 2007 in einer Richtlinie festzulegen, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu Regelungen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) getroffen. Insoweit hat sich die Fristsetzung erledigt. Sie wird aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

##### **Zu Buchstabe b**

§ 62 Absatz 4 SGB V enthält eine Übergangsregelung zur Fortgeltung der gleitenden Härtefallregelung bei der Versorgung mit Zahnersatz bis zum 31. Dezember 2004. Die Vorschrift hat sich durch Zeitablauf erledigt. Sie wird aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben. Die entsprechende Härtefallregelung für Zahnersatz findet sich in § 55 SGB V in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung.

#### **Zu Nummer 10d – neu – (§ 64 SGB V)**

(Modellvorhaben)

Folgeänderung aus der Einführung eines Modellvorhabens für ein Medikationsmanagement nach § 64a und Korrektur eines Verweisfehlers.

#### **Zu Nummer 10e – neu – (§ 64a – neu – SGB V)**

(Modellvorhaben)

Die Regelung ermöglicht der Selbstverwaltung auf Landesebene die Durchführung eines Modellvorhabens zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu vereinbaren. Dies soll zur Verbesserung der Therapietreue der Patienten beitragen und die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessern durch die Vermeidung arzneimittelbezogener Probleme und die Verminderung von Arzneimittelrisiken. Grundlage für Verordnungen von Arzneimitteln ist dabei ein Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis, der eine leitliniengerechte Versorgung sicherstellt. Der Medikationskatalog ist von den Vertragspartnern zu vereinbaren. Darin sollen für alle wichtigen Indikationen jeweils Vorgaben zur wirtschaftlichen Auswahl von Wirkstoffen gemacht werden. Darüber hinaus kann vereinbart werden, dass anstelle von spezifischen Präparaten ausschließlich Wirkstoffe verordnet werden. Insbesondere für chronisch kranke Patienten, die mindestens fünf Arzneimittel dauerhaft einnehmen, kann auch ein sogenanntes Medikationsmanagement vereinbart werden. Dabei geht es um die kontinuierliche Erfassung und Prüfung der Gesamtmedikation des Patienten durch Ärzte gemeinsam mit Apothekern. Das Modellvorhaben soll insgesamt zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung und dadurch zu Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung führen. Wenn durch die für das Modellprojekt vereinbarten Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung erreicht werden, sollen davon auch die teilnehmenden Leistungserbringer profitieren. Mehraufwendungen durch das Modellprojekt sind den Krankenkassen auszugleichen, so dass für die gesetzliche Krankenversicherung Kostenneutralität gewährleistet ist.

Die Einzelheiten zu dem Modellprojekt vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Landesebene, in deren Zuständigkeitsbereich das Modellvorhaben durchgeführt werden soll, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam. Die Laufzeit von Modellvorhaben ist auf bis zu drei Jahre zu befristen, um eine zeitnahe Evaluierung zu gewährleisten.

Das Modellvorhaben ist wissenschaftlich zu evaluieren, um den Erfolg des Modells nachweisen zu können und um Erkenntnisse für eine spätere flächendeckende Umsetzung zu gewinnen. Wenn das Modellprojekt umgesetzt wird, ist eine entsprechende Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Modellregion erforderlich. Die bisher freiwillige Vereinbarung von arztbezogenen Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge, im jeweiligen Anwendungsgebiet (§ 106 Absatz 3b), ist daher für die Modellregion verpflichtend vorgesehen. Die Verpflichtung des Apothekers zur Abgabe rabattbegünstigter Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 gilt

auch im Rahmen der Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten, Apothekern und Krankenkassen auf Bundesebene kann Empfehlungen zum Modellvorhaben vereinbaren.

Eine Festsetzung der Vereinbarung zur Durchführung des Modellvorhabens in der Region durch das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung, das hierzu um Vertreter der Apotheker erweitert wird, ist nach Absatz 2 möglich, wenn ein derartiges Modell nicht auf freiwilliger Basis durch die gemeinsame Selbstverwaltung vereinbart wird.

#### **Zu Nummer 11 Buchstabe a (§ 71 SGB V)**

(Folgeänderung aus teilweiser Übertragung der Regelungskompetenz für DMP auf den Gemeinsamen Bundesausschuss)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

#### **Zu Nummer 12 (§ 73 SGB V)**

(Vertragsärztliche Versorgung)

##### **Zu Buchstabe a**

Der Text entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

##### **Zu Buchstabe b**

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

#### **Zu Nummer 14 (§ 75 SGB V)**

(Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen – Wartezeiten; einheitliche Notdienstnummer)

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Von Versicherten wird immer wieder kritisiert, dass es insbesondere beim Übergang von der haus- zur fachärztlichen Versorgung zu längeren Wartezeiten kommt. Mit der Änderung wird daher die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung weiter konkretisiert. Es wird vorgesehen, dass der Sicherstellungsauftrag auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung einer fachärztlichen Versorgung umfasst. Vermeidbare Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung sollen dadurch vermindert und die erlebte Versorgungsrealität der Patienten verbessert werden.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Satz 3 entspricht der im Gesetzentwurf bereits vorgesehenen Regelung. Mit dem neuen Satz 4 erhalten die Gesamtvertragspartner auf Landesebene den Auftrag, im Gesamtvertrag zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe cc.

##### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Die Europäische Kommission hat für den ärztlichen Bereitschaftsdienst als einheitliche europäische Rufnummer die Nummer „116 117“ bestimmt, woraufhin die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Zuschlag der Bundesnetzagentur für diese Telefonnummer erhalten hat und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die bundeseinheitliche Bereitschaftsdienstnummer (Notdienstnummer) in Deutschland einrichtet und bereitstellt. Damit in allen Kassenärztlichen Vereinigungen die gleichen Voraussetzungen gegeben sind, ist für die Umsetzung und den weiteren Betrieb erforderlich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Möglichkeit erhält, in Organisationsrichtlinien Vorgaben für die bundeseinheitliche Bereitschaftsdienstnummer aufzustellen.

##### **Zu Buchstabe c**

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung.

#### **Zu Nummer 15 Buchstabe a (§ 77 SGB V)**

(KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe)

Klarstellung. Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, werden diese nicht zusammengelegt. Es besteht lediglich die freiwillige Option nach dem neuen § 77 Absatz 2 SGB V.

#### **Zu Nummer 16 (§ 79 SGB V)**

(Amtsdauer der KV-Vorstände)

Die Änderung stellt klar, dass Vorstandsmitglieder von Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung nachgewählt werden, auch für einen kürzeren Zeitraum als sechs Jahre gewählt werden können. Damit kann auch in den Fällen von Nachwahlen von Vorstandsmitgliedern eine Kongruenz der Amtsdauer der Vertreterversammlung und der Amtszeit des Vorstands erreicht werden.

#### **Zu Nummer 18a – neu – (§ 81a SGB V)**

(Befugnisnorm für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Bereinigung)

##### **Zu Buchstabe a**

Im Rahmen von Prüfungen des Bundesrechnungshofes hatte dieser darauf hingewiesen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine Zusammenarbeit der Krankenkassen, insbesondere auch kassenartenübergreifend, und ohne eine Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oft nicht feststellbar ist. Um das Fehlverhalten der Leistungserbringer und auch dessen Ausmaß feststellen zu können, hält er es für unverzichtbar, dass die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander erforderliche personen-

bezogene Daten austauschen. Voraussetzung hierfür sind gesetzliche Datenübermittlungsbefugnisse der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung. Da die Frage, ob sich bereits aus dem geltenden Recht derartige Befugnisse ergeben, in der Vergangenheit unterschiedlich beurteilt wurde und Datenübermittlungen zum Teil mit der Begründung verwehrt wurden, es fehle an der hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage, werden diesen Stellen im neuen Absatz 3a der §§ 81a und 197a SGB V nunmehr explizit und normenklar die erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse eingeräumt.

Die datenschutzrechtliche Verantwortung für die erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung trägt die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung beziehungsweise Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie hat durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Befugnisse, insbesondere der Zugang und Zugriff auf Datenbestände der Einrichtungen nach Absatz 1, und der Kreis der befugten Personen eindeutig festgelegt sind.

#### **Zu Buchstabe b**

Streichung einer erledigten Zeitangabe über die erstmalige Berichtspflicht zu den Stellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

#### **Zu Nummer 19 Buchstabe f (§ 84 SGB V)**

(Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen)

Rechtsbereinigung. Streichung einer erledigten Zeitangabe.

#### **Zu Nummer 22 (§ 87 SGB V)**

(Einheitlicher Bewertungsmaßstab)

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer Mehrkostenregelung nach § 33 Absatz 9 für die Wahl einer Intraokularlinse mit Zusatznutzen durch Versicherte, z. B. einer Multifokallinse zur Erzielung einer Brillenfreiheit auch im Nahbereich. Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen wird beauftragt, im Rahmen seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Überprüfung und Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für ärztliche Leistungen erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 den erforderlichen Anpassungsbedarf des EBM auch daraufhin zu überprüfen und zu präzisieren, welche ärztlichen Leistungen im Rahmen der Mehrkostenregelung der Regelversorgung zuzuordnen und im EBM abzubilden sind. Demgegenüber sind zusätzliche ärztliche Leistungen, die aufgrund der Ausübung des Wahlrechts durch die Versicherten notwendig werden, nicht Gegenstand des Leistungsanspruchs der gesetzlichen Krankenversicherung.

#### **Zu den Buchstaben b bis i**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Buchstabe a.

#### **Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Buchstabe b.

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelungen wurden unverändert aus dem Gesetzentwurf übernommen.

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Bei der Änderung handelt es sich um eine Regelung zur Stärkung der Einzelleistungs- bzw. Komplexvergütung vertragsärztlicher Leistungen, die derzeit noch in den Versichertenpauschalen abgebildet sind, jedoch nicht regelhaft zu den hausärztlichen bzw. kinder- und jugendmedizinischen Standardleistungen oder nicht zu sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand erbrachten Leistungen zählen und somit künftig aus den Versichertenpauschalen herauszunehmen sind. Bei sehr selten erbrachten Leistungen, die zugleich mit geringem Aufwand erbringbar sind, handelt es sich regelhaft um gering bewertete Leistungen. Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen soll prüfen, inwieweit die Einbeziehung solcher ärztlichen Leistungen in die Versichertenpauschalen sachgerecht ist. Dies kann insbesondere sinnvoll sein, wenn diese Leistungen keinen maßgeblichen Einfluss auf die Veränderung der Leistungserbringung insgesamt haben. Demgegenüber kann die Einbeziehung selten erbrachter, jedoch hoch bewerteter Leistungen in die Versichertenpauschalen entsprechend spezialisierte Ärztinnen und Ärzte benachteiligen und negative Auswirkungen auf die ambulante medizinische Versorgung haben.

Die Überprüfung und Anpassung der Struktur und Bewertung der Pauschalen hat einer bedarfsgerechten, der Morbiditätsstruktur entsprechenden sowie leistungsadäquaten Abbildung der ärztlichen Leistungserbringung im einheitlichen Bewertungsmaßstab Rechnung zu tragen und diese zu fördern. Die bestehenden Pauschalen sind deshalb auch daraufhin zu überprüfen und neu zu bilden, um im notwendigen Maße Einzelleistungen herauszunehmen, soweit das Behandlungsgeschehen nicht sachgerecht trotz der unter Doppelbuchstabe cc vorgesehenen Modifikation der Pauschalen in „(Neu-)Aufnahme oder Fortführung eine begonnenen Behandlung“ sowie zudem morbiditätsadjustiert und versorgungsbedarfsgerecht abgebildet werden kann.

#### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Mit der Änderung sollen das Leistungsgeschehen in der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen transparenter und Fehlanreize beseitigt werden. Vom Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen sind die Struktur und die Bewertung der Pauschalen zu prüfen, vor allem bezüglich einer Differenzierung des Leistungsumfanges und der Bewertung nach dem Fall der Aufnahme einer Behandlung bei einer neuen Patientin bzw. einem neuen Patienten und dem Fall der Fortführung einer begonnenen Behandlung von in der Praxis bereits versorgten Patientinnen und Patienten. Unter dem Fall der neuen Patientin bzw. des neuen Patienten können unter Berücksichtigung der von den Selbstverwaltungspartnern gefassten Definition „Krankheitsfall“ in den bundesmantelvertraglichen Regelungen auch diejenigen Patientinnen und Patienten subsumiert werden, die ein ganzes Jahr oder länger nicht in der Praxis behandelt wurden. Durch die Ersetzung der Wörter „Alter und Geschlecht“ durch die

Wörter „insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung“ soll dem Bewertungsausschuss mehr Flexibilität bei der Berücksichtigung des Behandlungsaufwands der Versicherten auch durch andere Morbiditätskriterien (z. B. medizinischer Art) gegeben werden; zudem sollen durch differenziertere Pauschalen besonderen Krankheitsverläufen Rechnung getragen und der notwendige Behandlungsbedarf der einzelnen Patientin bzw. des einzelnen Patienten sachgerechter Rechnung getragen werden. Hierzu soll die Morbidität der tatsächlich behandelten Patientinnen und Patienten empirisch ermittelt werden.

Bei den Maßnahmen in den Doppelbuchstaben bb und cc handelt es sich insgesamt um für die gesetzlichen Krankenkassen kostenneutrale Regelungen, die zu einer sachgerechteren Abbildung des Behandlungsbedarfs sowie zu mehr Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten führen sollen. Die vertraglichen Anpassungen des Orientierungswertes, des Punktwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bleiben von den Maßnahmen unberührt.

#### **Zu Buchstabe d**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Buchstabe c.

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Auch im fachärztlichen Bereich soll der Grad der Pauschalierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit dem Ziel der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen zurückgeführt werden. Im Hinblick auf die Telemedizin wurden die Regelungen unverändert aus dem Gesetzentwurf übernommen.

#### **Zu den Doppelbuchstaben bb und cc**

Auf die Begründung unter Buchstabe c Doppelbuchstabe bb und cc wird auch im Hinblick auf die Änderungen bei den fachärztlichen Grundpauschalen verwiesen. Die vorgesehene „Soll-Regelung“ ermöglicht es dem Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen, bei einzelnen Facharztgruppen, bei denen eine Differenzierung der Grundpauschalen nach neuen Patientinnen und Patienten und solchen Patientinnen und Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, sachwidrig wäre, davon abzusehen. Sofern ein besonderer Behandlungsaufwand (Schweregrad) nicht über Zusatzpauschalen sachgerecht berücksichtigt wird, sollte soweit möglich eine entsprechende Differenzierung der Grundpauschalen erfolgen, um krankheitsbedingten Mehraufwand transparent zu machen.

#### **Zu Buchstabe j**

Aufhebung einer überholten Frist.

#### **Zu Buchstabe k**

Mit dem neuen Buchstaben k wird ein neuer Absatz 2i eingefügt. Mit dieser Regelung wird vorgegeben, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) zusätzlich zum Wegegeld eine gesonderte abrechenbare Gebührenposition vorzusehen ist für das Aufsuchen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, sofern diese aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behin-

derung nicht in der Lage sind, selbst eine Zahnarztpraxis aufzusuchen oder sie mit erheblichem Aufwand dorthin gebracht werden müssten. Damit wird die Festlegung einer Vergütung ermöglicht, die dem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand der Vertragszahnärzte für das Aufsuchen dieser Patientinnen und Patienten angemessen Rechnung trägt. Die Vorschrift in Satz 2 stellt sicher, dass Ausgabensteigerungen aufgrund eines Ausbaus einer aufsuchenden Versorgung nicht den Grundsatz der Beitragsatzstabilität verletzen.

#### **Zu den Buchstaben l und m**

Redaktionelle Anpassung von Buchstaben für Änderungsbefehle im Gesetzentwurf.

#### **Zu Buchstabe m**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Unveränderte Übernahme der Regelungen des Gesetzentwurfs.

#### **Zu den Doppelbuchstaben bb und cc**

Aufhebung inzwischen überholter Vorschriften bzw. Fristen.

#### **Zu Buchstabe n**

Redaktionelle Folgeänderung der Rechtsbereinigung in § 140d (vgl. Änderungsantrag zu § 140d).

#### **Zu den Buchstaben o bis r**

Redaktionelle Änderungen von Buchstaben für Änderungsbefehle im Gesetzentwurf.

#### **Zu Buchstabe p**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Begrifflichkeit in § 116b.

#### **Zu Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd** (§ 87a SGB V)

(Zuschläge auf den Orientierungswert)

Redaktionelle Richtigstellung.

#### **Zu Nummer 24 (§ 87b SGB V)**

(Vernetzte Praxen, Fachgruppenbezeichnung redaktionell)

#### **Zu Absatz 2**

Zu Satz 2

Auch mit Zusammenschlüssen von Vertragsärztinnen und -ärzten verschiedener Fachrichtungen (vernetzte Praxen beziehungsweise Praxisnetze) zur interdisziplinären, kooperativen und medizinischen ambulanten insbesondere wohnortnahen Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten können die ambulanten Versorgungsstrukturen verbessert werden. Ziel solcher Kooperationen ist die Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen, wodurch die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit gesteigert werden können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten bei der Verteilung der

Gesamtvergütungen auch die Möglichkeit, im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) solche Kooperationen, insbesondere ausgerichtet an definierten Versorgungszielen (zum Beispiel Erhöhung der Impf- oder Präventionsquote), finanziell zu fördern. Dies umfasst auch die Möglichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung einem Praxisnetz ein eigenes Honorarbudget oder Honorarvolumen als Teil der Gesamtvergütungen zuweisen kann zwecks eigenständiger Verteilung an die an diesem Praxisnetz teilnehmenden Ärzte beziehungsweise Praxen (Netzpraxen), sofern das Praxisnetz nach Maßgabe der dazu von der Kassenärztlichen Vereinigung erlassenen Richtlinie anerkannt ist (vergleiche Absatz 4 Satz 1).

Von der HVM-Regelung bleiben Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a sowie Modellvorhaben nach § 63 oder entsprechender Vereinbarungen nach § 64 unberührt.

Zu Satz 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung entsprechend der Facharztbezeichnung „Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

#### **Zu Absatz 4**

Die Ergänzung bestimmt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen ihrer Vorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen Kriterien und Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zur Identifikation bzw. Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen hat. Auf der Grundlage dieser Kriterien konkretisiert die Kassenärztliche Vereinigung in einer Richtlinie die Anerkennung von Praxisnetzen, um diese besonders zu fördern (zum Beispiel durch Zuschlagsregelungen bei der Honorarverteilung). Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Rahmen ihrer Honorarverteilungskompetenz dabei auch festlegen, einem anerkannten Praxisnetz ein eigenes mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu vereinbarendes Honorarbudget oder Honorarvolumen zuzuweisen. In der Richtlinie sind insbesondere auch die anzustrebenden Versorgungsziele festzulegen.

#### **Zu Nummer 26** (§ 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V)

(Behandlungsbedarf 2012)

Mit der Streichung der Nummer 1 wird redaktionell richtiggestellt, dass, wie im GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehen (§ 87d Absatz 2 Satz 8 SGB V) und durch § 87d Absatz 2 Satz 1 intendiert, auch im Jahr 2012 bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs und der Gesamtvergütung die Veränderungen der Zahl der Versicherten der Krankenkasse zu berücksichtigen sind.

#### **Zu Nummer 27 Buchstabe a** (§ 90 SGB V)

(Zusammensetzung der Landesausschüsse)

Die Besetzung der Landesausschüsse wird den tatsächlichen Versichertenzahlen stärker angenähert. Dazu werden die Ersatzkassen mit den Ortskrankenkassen gleichgestellt und entsenden nunmehr drei statt zwei Vertreter. In der Folge wird die Zahl der Vertreter der Ärzte entsprechend der Parität von Kassen- und Ärztevertretern um einen Vertreter auf

neun erhöht. Die bisher nicht vertretene Knappschaft-Bahn-See stellt zukünftig – ähnlich wie in der in § 217c Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V für den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen getroffenen Regelung – mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen einen gemeinsamen Vertreter.

#### **Zu Nummer 29** (§ 91 SGB V)

(Verkürzung der Karenzzeit, Klarstellung der Möglichkeit mehrerer Amtszeiten für die von den Trägerorganisationen entsandten Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, Übergangsregelung bis zum Vorliegen der Verfahrensordnungsregelungen für die Bürokratiekostenschätzung)

#### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Um den Kreis möglicher Kandidaten für die Funktion eines unparteiischen Mitglieds oder dessen Stellvertreter nicht in größerem Maße einzuschränken, als es zur Stärkung der Neutralität erforderlich ist, wird die sogenannte Karenzzeit von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Dies erhöht die Gewähr dafür, zugleich sowohl hinreichend unabhängige und unparteiliche als auch fachlich qualifizierte Personen für die wichtigen Aufgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu gewinnen.

##### **Zu den Doppelbuchstaben cc und dd**

Durch die Aufteilung der Regelung in zwei Sätze wird klar gestellt, dass der Ausschluss einer zweiten Amtszeit lediglich für die unparteiischen Mitglieder des G-BA gilt und nicht für die von den Trägerorganisationen des G-BA nach § 91 Absatz 2 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder.

#### **Zu Buchstabe g**

Es handelt sich in Absatz 10 Satz 1 um eine Übergangsregelung zur Klarstellung des Beginns der Bürokratiekostenermittlung durch den G-BA. Erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der zugrunde liegenden Verfahrensordnungsregelungen ist der G-BA in die Lage versetzt, die verpflichtende Bürokratiekostenermittlung für seine Beschlüsse durchzuführen. Die entsprechenden, konkretisierenden Regelungen des G-BA in der Verfahrensordnung sind von ihm gemäß Satz 3 bis zum 30. Juni 2012 zu beschließen. Mit deren Inkrafttreten nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist spätestens bis 1. September 2012 zu rechnen.

#### **Zu Nummer 30** (§ 92 SGB V)

(Fristsetzung zum erstmaligen Beschluss für die Psychotherapie-Richtlinien, Stellungnahmerecht der Strahlenschutzkommission bei Entscheidungen über Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die auf der Anwendung von Strahlung beruhen)

#### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung zum erstmaligen Beschluss für die Psychotherapie-Richtlinien wird im Zuge der Rechtsbereinigung aufgehoben, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

**Zu den Buchstaben c und d**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Buchstabe a.

**Zu Buchstabe d**

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinienentscheidungen zu Methoden trifft, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, insbesondere also zu Methoden der Strahlentherapie oder -diagnostik, sind auch wichtige Aspekte des Strahlenschutzes berührt. Daher wird der Kreis der Stellungnahmeberechtigten bei der Entscheidung über diese Methoden auf die Strahlenschutzkommission, die das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit berät, erweitert. Durch die Einbeziehung dieses Expertengremiums im Wege eines Stellungnahmerechts wird die Gewähr dafür erhöht, dass die aus Sicht des Strahlenschutzes maßgeblichen Erwägungen in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einfließen. Der fachliche Diskurs und die in den beschlussbegründenden Unterlagen des G-BA zu dokumentierende Auseinandersetzung auch mit der Stellungnahme der Strahlenschutzkommission dient zudem der Transparenz, dem Verständnis und der Akzeptanz der Entscheidungen.

**Zu Nummer 31 (§ 95 SGB V)**

(gemeinnützige Träger von MVZ/Rechtsbereinigung verschiedener Zulassungsregelungen und Wegfall der Gründungsvoraussetzung für MVZ)

**Zu Buchstabe b**

Die Änderung in Absatz 1a Satz 1 trägt Besonderheiten in der Versorgung mit Dialyseleistungen Rechnung. Nach § 126 Absatz 3 SGB V können nichtärztliche Dialyseleistungen auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Bundesmantelvertragliche Regelungen sehen vor, dass Versorgungsaufträge zur nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter dialysepflichtiger Patienten auch im Zusammenwirken zwischen Vertragsärzten und den in § 126 Absatz 3 in Verbindung mit § 127 SGB V genannten Vertragspartnern erfüllt werden können. Danach können die gleichen Leistungen entweder durch zugelassene Vertragsärzte oder im Rahmen der Kooperation durch zugelassene Leistungserbringer erbracht werden. Bezogen auf die Möglichkeit zur Gründung medizinischer Versorgungszentren ist eine unterschiedliche Behandlung dieser mit Vertragsärzten kooperierenden Leistungserbringer gegenüber Vertragsärzten sachlich nicht gerechtfertigt. Deshalb werden auch die Erbringer der mit der vertragsärztlichen Versorgung eng verbundenen nichtärztlichen Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 zur Gründung medizinischer Versorgungszentren berechtigt bleiben. Außerdem wird geregelt, dass medizinische Versorgungszentren auch in der Rechtsform der Genossenschaft gegründet werden können. Die für die Genossenschaft charakteristischen Prinzipien der Selbsthilfe und der Selbstverantwortung stehen im Einklang mit der Zielsetzung, den medizinisch-fachlichen Bezug der Gründer von medizinischen Versorgungszentren zu erhalten, um zu vermeiden, dass die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen durch die Interessen von Investoren beeinträchtigt wird.

**Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 2a in Buchstabe d.

**Zu den Buchstaben d und f Doppelbuchstabe cc**

Streichung von Regelungen, die sich durch Zeitablauf erledigt haben.

**Zu den Buchstaben e bis g**

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen zu Buchstabe d.

**Zu Buchstabe e Doppelbuchstabe aa**

Die Voraussetzungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums müssen während des Betriebs weiterhin vorliegen. Anderenfalls ist die Zulassung zu entziehen. Dies gilt jedoch erst nach einer Frist von sechs Monaten, bis zu deren Ablauf die Voraussetzungen wieder hergestellt werden können. Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Frist von sechs Monaten auch für die Voraussetzung gilt, dass die Einrichtung fachübergreifend sein muss. Die Änderung soll gewährleisten, dass der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums auch dann zunächst einmal weiterlaufen kann, wenn die Einrichtung wegen des Ausscheidens eines Arztes vorübergehend nicht mehr fachübergreifend ist.

**Zu Nummer 32 (§ 95d SGB V)**

(Pflicht zur fachlichen Fortbildung)

**Zu Buchstabe a**

Streichung einer Fristenregelung, die sich durch Zeitablauf erledigt hat.

**Zu Buchstabe b**

Entspricht dem bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Änderungsbefehl.

**Zu Nummer 35 (§ 101 SGB V)**

(Redaktionelle Folgeänderung, Sonderbedarfszulassung)

**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa****Zu Dreifachbuchstabe aaa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Begrifflichkeiten in § 116b SGB V.

**Zu Dreifachbuchstabe bbb**

Ist trotz bestehender Überversorgung die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet, kann zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich eine Sonderbedarfszulassung zur Deckung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs durch den Zulassungsausschuss erteilt werden. Dieser zusätzliche Versorgungsbedarf kann entweder lokal (räumlich) begründet sein oder sich auf bestimmte ärztliche Leistungen beziehen (qualifikationsbezogener

Sonderbedarf). In derzeit nach der Bedarfsplanungsrichtlinie großen Arztgruppen – wie z. B. den fachärztlich tätigen Internisten – ist eine bedarfsorientierte Verteilung der einzelnen Fachärzte (z. B. Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie) in den einzelnen Planungsbereichen nicht immer gegeben. Mit der Änderung wird daher klargestellt, dass ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen kann, wenn die Arztgruppe nach der Bedarfsplanungsrichtlinie mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst.

#### **Zu Doppelbuchstabe dd**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Begrifflichkeiten in § 116b SGB V.

#### **Zu Nummer 36 (§ 103 SGB V)**

(Nachbesetzung und Verlegung von Vertragsarztsitzen)

#### **Zu Buchstabe a**

Mit dem neuen Absatz 3a erhält der Zulassungsausschuss die Aufgabe, im Vorfeld des nach geltendem Recht vorgesehenen Verfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem Planungsbereich, in dem wegen Überversorgung Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, über die Frage zu entscheiden, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt erfolgen soll.

Das vorgesehene Verfahren ersetzt die im bisherigen Gesetzentwurf im neuen Absatz 4c des § 103 vorgesehene Regelung, die den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit einräumt, nach Beendigung eines Ausschreibungsverfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ein Vorkaufsrecht auszuüben. Ziel auch des nunmehr vorgesehenen Verfahrens ist es, in gesperrten Planungsbereichen Überversorgung abzubauen und dadurch langfristig eine ausgewogenere räumliche Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu erreichen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Die Neuregelung ergänzt die in § 105 Absatz 3 vorgesehene Möglichkeit, den freiwilligen Verzicht einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes auf ihre oder seine Zulassung finanziell zu fördern.

Endet künftig die Zulassung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden, haben die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt oder seine zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben einen Antrag beim Zulassungsausschuss auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu stellen. Dies gilt nicht, wenn eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt, deren oder dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. In diesem Fall ist ein Nachbesetzungsverfahren von vornherein ausgeschlossen.

Liegt dem Zulassungsausschuss ein Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens vor, hat er zu prüfen, ob auf eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen verzichtet werden kann. Ist eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich, kann er den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen. Im Rahmen sei-

ner Prüfung hat der Zulassungsausschuss auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Hat er z. B. darüber zu entscheiden, ob ein Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft nachbesetzt werden soll, sind auch die Auswirkungen seiner Entscheidung auf die Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen.

Hat bzw. haben die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt oder seine zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben dargelegt, dass sich als Praxisnachfolger eine oder mehrere Personen bewerben werden, die dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehören, kann er die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nicht ablehnen. Durch diese Regelung wird dem familiären Interesse des Praxisinhabers an der Weitergabe der Arztpraxis an seine Kinder, den Ehegatten oder den Lebenspartner Rechnung getragen. Darüber hinaus wird verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, mit denen die ausscheidende Vertragsärztin oder der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war, durch eine ablehnende Entscheidung des Zulassungsausschusses gezwungen werden, ggf. ihre vertragsärztliche Tätigkeit in der Praxis aufzugeben.

Die Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann der Zulassungsausschuss nur mit der Mehrheit der Stimmen im Zulassungsausschuss beschließen. Abweichend von der in § 96 Absatz 2 Satz 6 getroffenen Regelung, die vorsieht, dass bei Stimmgleichheit ein Antrag als abgelehnt gilt, ist hier bei Stimmgleichheit einem Antrag zu entsprechen. Vorgesehen ist zudem, dass ein Vorverfahren nicht stattfindet. Entgegen § 96 Absatz 4 können die am Verfahren Beteiligten nicht den Berufungsausschuss anrufen. Eine Klage gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses, mit der dieser dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen hat, hat keine aufschiebende Wirkung. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass bei einem positiven Votum des Zulassungsausschusses die Versorgung der Versicherten weiter gewährleistet ist und nicht durch ein Klageverfahren ggf. über einen längeren Zeitraum ausgesetzt wird.

Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung der Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt oder den zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung zu zahlen. In Anlehnung an die in § 103 Absatz 4 Satz 7 des geltenden Rechts getroffene Regelung, erfolgt die Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis.

#### **Zu den Buchstaben b bis e**

Redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe a.

#### **Zu Buchstabe b**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a. Die im bisherigen Satz 1 vorgesehene Regelung, die die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen einen Vertragsarztsitz auf Antrag einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben auszuschreiben, wird nun an die Voraussetzung geknüpft, dass der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen hat.

**Zu Doppelbuchstabe bb – alt –**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a. Die im bisherigen Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass ein Ausschreibungsverfahren nach Satz 1 nicht zu erfolgen hat, wenn eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet, ergibt sich nun bereits aus der Regelung des Absatz 3a Satz 2 zweiter Halbsatz. In diesen Fällen ist eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes ausgeschlossen.

**Zu den Doppelbuchstaben cc und dd**

Folgeänderung zur Streichung des bisherigen Doppelbuchstabens bb.

**Zu Doppelbuchstabe dd**

Der neue Satz 9 nimmt Bezug auf den Fall, dass eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt oder ihre bzw. seine zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben im Verfahren nach Absatz 3a den Wunsch geäußert haben, dass die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Dem Zulassungsausschuss ist es in diesem Fall nicht möglich, die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens mit der Begründung abzulehnen, eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes sei aus Versorgungsgründen nicht erforderlich. Stellt sich im Nachhinein heraus, dass sich entgegen der Ankündigung im Verfahren nach Absatz 3a keine Person auf die Nachfolge beworben hat, die dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, oder kommt der Zulassungsausschuss in seinem Auswahlverfahren nach Absatz 4 Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht diesem angehört, hat er die Prüfung nach Absatz 3a nachzuholen. Dem Zulassungsausschuss ist es auch dann noch möglich, die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Es gelten dann die in Absatz 3a Satz 5, 6 und 8 getroffenen Regelungen.

Mit der Regelung im neuen Satz 9 wird gewährleistet, dass im Ergebnis eine Prüfung über die Erforderlichkeit der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes nur dann nicht zu erfolgen hat, wenn die Praxis von einer Person weitergeführt wird, die dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Ziel der Regelung ist es auch, solche Fälle zu erfassen, in denen Praxisinhaber z. B. kurz vor der Beendigung ihrer Tätigkeit noch einen Arzt anstellen, um einer möglichen Entscheidung des Zulassungsausschusses vorzubeugen, mit der die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens aus Versorgungsgründen abgelehnt wird. Stellt sich in diesem Fall heraus, dass der angestellte Arzt nicht der vom Zulassungsausschuss im Auswahlverfahren auszuwählende Bewerber ist, kann nachträglich noch die Entscheidung getroffen werden, dass die Praxis nicht nachbesetzt wird.

**Zu Buchstabe c****Zu Doppelbuchstabe aa**

Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen. § 103 Absatz 4a gewährt einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt in einem für Neuzulassungen ge-

sperrten Planungsbereich die Möglichkeit, auf seine Zulassung zu verzichten, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt tätig zu werden. Eine Fortführung der Praxis ist in diesem Fall nicht mehr möglich. Der Wechsel in das medizinische Versorgungszentrum führt damit automatisch zu einer Verlegung des bisherigen Sitzes. Dies kann insbesondere in ländlichen Regionen zu Versorgungsdefiziten führen. Mit der Änderung wird daher den Zulassungsausschüssen ermöglicht, den Wechsel einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes in ein medizinisches Versorgungszentrum zu versagen, wenn hierdurch die bedarfsgerechte Versorgung am bisherigen Sitz beeinträchtigt wird.

**Zu den Doppelbuchstaben bb und cc**

Redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe a.

**Zu Buchstabe d****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung, die ebenfalls einen Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, entspricht der unter Buchstabe d für den Wechsel einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes in ein medizinisches Versorgungszentrum getroffenen Regelung. Verzichtet die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung bei einer anderen Vertragsärztin oder einem anderen Vertragsarzt wird dem Zulassungsausschuss künftig die Möglichkeit gewährt, diesen Wechsel zu versagen, wenn hierdurch die bedarfsgerechte Versorgung am bisherigen Sitz beeinträchtigt wird.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Auch mit dieser Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen. Während es für medizinische Versorgungszentren nach § 103 Absatz 4a Satz 2 (künftig Absatz 4c Satz 1) möglich ist, sich auf ausgeschriebene Vertragsarztsitze in gesperrten Planungsbereichen zu bewerben und diese mit angestellten Ärztinnen oder Ärzten zu übernehmen, sieht § 103 Absatz 4b SGB V eine entsprechende Regelung für die Übernahme einer Praxis durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt bislang nicht vor. Mit der Änderung soll es daher künftig auch Vertragsärztinnen und Vertragsärzten möglich sein, ausgeschriebene Sitze zu übernehmen und mit angestellten Ärztinnen und Ärzten in der eigenen Praxis fortzuführen. Die Regelung stellt damit Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Übernahme einer Praxis künftig den medizinischen Versorgungszentren gleich.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Entspricht dem bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Änderungsbeefehl.

**Zu Buchstabe e**

Zu Absatz 4c

Als Folgeänderung zu Buchstabe a wird der im Gesetzentwurf vorgesehene neue Absatz 4c, der den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit einräumt, nach Beendigung eines Ausschreibungsverfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ein Vorkaufsrecht auszuüben, gestrichen.

Der nunmehr vorgesehene Absatz 4c übernimmt die Sätze 1 und 2 des im Gesetzentwurf vorgesehenen Absatz 4d mit redaktionellen Änderungen, die dem zum 1. Januar 2013 in Kraft tretenden neuen Absatz 3a geschuldet sind. Nicht mehr vorgesehen ist damit auch die Vorkaufsrechtsregelung gegenüber medizinischen Versorgungszentren. Der Schutz freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte vor einer Verdrängung durch medizinische Versorgungszentren bei der Praxisnachfolge in übertersorgten Planungsbereichen (vgl. hierzu die Begründung zum ursprünglichen Absatz 4d), soll nicht über ein Vorkaufsrecht gewährleistet werden, weil die praktische Umsetzung sehr aufwändig wäre und die Gefahr bergen würde, dass am Ende eines langen Verfahrens keine fortführungsfähige Praxis mehr existiert. Deshalb soll der Nachrang medizinischer Versorgungszentren bereits bei der Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses um die Praxisnachfolge nach Absatz 4 berücksichtigt werden. Es bleibt dabei, dass der Nachrang nur die medizinischen Versorgungszentren betrifft, die sich nicht mehrheitlich in der Hand der dort tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte befinden und die auch nicht unter die Regelung zum Bestandsschutz fallen.

#### **Zu Nummer 37** (§ 105 SGB V)

(Kommunale Eigeneinrichtungen)

#### **Zu Buchstabe e**

Es handelt sich um eine sprachliche Präzisierung in Satz 1, mit der einem Wunsch der Länder Rechnung getragen wird (vgl. Bundesratsdrucksache 456/11 (Beschluss)). Die geänderte Formulierung berücksichtigt, dass in § 105 Absatz 5 Satz 1 Kommunen auch bereits in der Zeit angesprochen werden in der eine Trägerschaft noch nicht besteht. Gleichzeitig wird vermieden, dass die Definition des Begriffs „Kommunale Träger“ aus dem Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende (§ 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB II) irrtümlich auf die vorliegende Konstellation übertragen wird.

#### **Zu Nummer 40** (§ 111c SGB V)

(Versorgungsverträge für ambulante Rehabilitation)

Zu Absatz 1

In § 111c Absatz 1 SGB V wird hinter dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „gemeinsam“ eingefügt. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Neuregelung des § 111c SGB V zur ambulanten Rehabilitation an die Vorschrift des § 111 Absatz 2 SGB V, die sich auf die stationäre Rehabilitation bezieht. Die einheitlichen Versorgungsverträge werden auf Krankenkassenseite von den Landesverbänden gemeinsam mit den Ersatzkassen geschlossen.

Zu Absatz 2

Auch hier handelt es sich um eine Angleichung an die geltenden Vorschriften zu den Versorgungsverträgen zur stationären Rehabilitation (§ 111 Absatz 4 SGB V). Insbesondere kann der Versorgungsvertrag über die Durchführung der ambulanten Rehabilitation von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraus-

setzungen für seinen Abschluss nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind.

Zu Absatz 4 – neu –

Der neue Absatz 4 ist eine Bestandsschutzregelung für die bundesweit ca. 450 bereits zugelassenen Einrichtungen. Sie reduziert den bürokratischen Aufwand insbesondere für die Krankenkassen und die Landesverbände, indem auf die Umstellung der zugelassenen Einrichtungen auf Versorgungsverträge grundsätzlich verzichtet wird. Damit ähnelt die Bestandsschutzregelung der im Jahre 2002 eingeführten Vorschrift nach § 111a Absatz 2 SGB V für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen.

Konkret sieht die Vorschrift vor, dass ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V bei Einrichtungen, die vor dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen gilt. Dieser Bestandsschutz greift dann nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

#### **Zu Nummer 41a – neu –** (§ 115a SGB V)

(Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)

Gesetzliche Klarstellung zur Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten im Rahmen von Kooperationen bei der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.

§ 115a richtet sich an die Krankenhäuser und regelt die gesetzlichen Voraussetzungen zur vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus und deren Abgrenzung zur vertragsärztlichen Versorgung. Die sog. Auslagerung von Leistungen auf Vertragsärzte durch Krankenhäuser im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung des Krankenhauses nach § 115a ist nach geltendem Recht auf der Grundlage einer ausdrücklichen Beauftragung des niedergelassenen Vertragsarztes durch das behandelnde Krankenhaus zulässig. Mit der Beauftragung durch das Krankenhaus im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung erbringt der niedergelassene Vertragsarzt Leistungen des Krankenhauses nach § 115a, die vom Krankenhaus zu vergüten sind. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

Die Regelung korrespondiert mit der Änderung zur gesetzlichen Verankerung einer Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten bei den ambulanten Operationen im Krankenhaus gemäß § 115b (Nummer 41b – neu –).

#### **Zu Nummer 41b – neu –** (§ 115b SGB V)

(Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus)

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG-Urteil vom 24. März 2011 – B 6 KA 6/10 R) lässt die derzeitige Regelung des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b in Verbindung mit dem hierzu bestehenden dreiseitigen Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband,

Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (AOP-Vertrag) nur zu, dass ambulante Operationen durch Operateure des Krankenhauses oder durch Belegärzte, jeweils in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses erfolgen. Danach dürfen weder Vertragsärzte ohne Belegarztstatus ihre Patienten ambulant im Krankenhaus operieren noch dürfen Krankenhäuser zur Durchführung ihrer ambulanten Operationen solche Ärzte einsetzen. Insbesondere sind Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten mit dem Ziel, solche Kooperationen zu ermöglichen, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit der geltenden Rechtslage nach § 115b in Verbindung mit dem geltenden AOP-Vertrag nicht vereinbar.

Da eine – grundsätzlich mögliche – Anpassung des AOP-Vertrages mit dem Ziel, Vertragsärzten ohne Belegarztstatus die ambulante Operation von Patienten im Krankenhaus auf der Grundlage von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern zu ermöglichen, nicht in Aussicht steht, sind zur wünschenswerten Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten entsprechende Kooperationsmöglichkeiten in § 115b gesetzlich zu verankern. Hierzu bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Vorgabe an die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1, nach denen ambulant durchführbare Operationen im Krankenhaus auch auf der Grundlage derartiger vertraglicher Kooperationen des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten erfolgen können. Vertragsarztrechtliche Vorschriften stehen einer solchen Regelung seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz nicht mehr entgegen.

#### Zu Nummer 44 (§ 116b SGB V)

(Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Die Neufassung der Vorschrift beinhaltet gegenüber der Fassung des Regierungsentwurfs neben einer Reihe erforderlicher Anpassungen und Präzisierungen insbesondere folgende Änderungen:

- eine Begrenzung des Katalogs der §-116b-Leistungen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen sowie die Regelung eines vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalts als Voraussetzung für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei diesen Erkrankungen,
- die Herausnahme ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe aus dem §-116b-Leistungskatalog,
- die Übertragung der Zuständigkeit für die Durchführung des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 auf den um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen,
- Regelungen zur Präzisierung der Voraussetzungen, unter denen Kooperationsvereinbarungen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nachzuweisen sind,
- Ergänzung des Anzeigeverfahrens im Hinblick auf den nachträglichen Wegfall von Voraussetzungen für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung,

- Regelung zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie
- die Verankerung einer Evaluations- und Berichtspflicht.

Im Wesentlichen handelt es sich – nach der Reihenfolge im Normtext – um folgende Änderungen:

1. Die durchgängige Umstellung des Begriffs „ambulante spezialärztliche Versorgung“ auf „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ verdeutlicht, dass die Versorgung in diesem speziellen Leistungsbereich fachärztliche Qualifikationen voraussetzt und deshalb Fachärzten vorbehalten ist. Im Einzelfall (beispielsweise im Bereich der HIV/AIDS-Versorgung) können auch Fachärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, wenn sie die hierfür maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 nachweisen.
2. Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 vorgenommene Begrenzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Verlaufsformen auf schwere Verlaufsformen soll diese – im Verbund mit dem für diese geltenden vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalt – zielgerichtet auf diejenigen Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten fokussieren, deren Diagnostik und Behandlung eine spezialfachärztliche Versorgung (d. h. je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen) erfordern. Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie z. B. bei onkologischen Erkrankungen können sich sowohl bereits durch die Krankheit oder das Krankheitsbild selbst typischerweise ergeben oder durch bestimmte Krankheitsstadien oder durch die Merkmale der Patientin oder des Patienten im individuellen Fall (z. B. Begleit- und Mehrfacherkrankungen, Komplikationen, Verschlimmerungen, Therapienebenwirkungen etc.).
3. Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vorgenommene Klarstellung bei den seltenen Erkrankungen um „Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ ist erforderlich, da die Auflistung von Erkrankungen und Erkrankungszuständen unter Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wie z. B. „Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation“ über den Begriff der seltenen Erkrankung hinausgeht und auch Erkrankungszustände beinhaltet. Der Begriff der seltenen Erkrankung ist laut EU-Definition (vgl. Verordnung (EG) Nr. 141/2000) definiert als Erkrankung von der nicht mehr als fünf von zehntausend Personen in der Gemeinschaft betroffen sind. Die Regelung in § 116b SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst daher auch Erkrankungen und Erkrankungszustände, die im deutschen Versorgungskontext mit entsprechend geringen Fallzahlen auftreten.
4. In Absatz 2 Satz 1 wird präzisiert, dass sich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur auf solche Leistungen erstreckt, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat. Die Änderung dient der Klarstellung, dass die Versorgung auf Grundlage der neuen Regelung in § 116b zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

jeweils erst dann beginnen kann, wenn ein entsprechender Richtlinienbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Absätzen 4 und 5 (zu den jeweiligen einzelnen Krankheiten und Teilbereichen) in Kraft getreten ist, der die Inhalte der Versorgung und die Anforderungen an die Leistungserbringer regelt.

5. Das Anzeige- und Prüfverfahren nach Absatz 2 wird auf den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen übertragen, der für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 um Vertreter der Krankenhäuser erweitert wird. Die Erweiterung erfordert die in Absatz 3 Satz 1 bis 6 in Abweichung von § 90 geregelten spezifischen Anpassungen. Die für Beschlüsse des erweiterten Landesausschusses erforderliche Mehrheit und Stimmengewichtung ist im Hinblick auf eine ausgewogene Parität zwischen den Vertretern der Krankenkassen einerseits und den Vertretern der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser) andererseits konzipiert. Um die mit der Durchführung des Anzeige- und Prüfverfahrens verbundenen Aufgaben möglichst flexibel und unter Minimierung des bürokratischen Aufwands wahrnehmen zu können, erhält der erweiterte Landesausschuss zum einen die Möglichkeit, seine Besetzung für Beschlussfassungen über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens zu verkleinern (Absatz 3 Satz 7) und zum anderen die Befugnis, geeignete Dritte (z. B. die Landesarbeitsgemeinschaft zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die Kassenärztliche Vereinigung, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen (Absatz 3 Satz 8). Für die Aufgabenwahrnehmung durch geeignete Dritte kann der Landesausschuss präzisierende Vorgaben beschließen. Die Befugnis des Landesausschusses, geeignete Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen, schließt auch die Befugnis des Landesausschusses ein, erteilte Aufträge einzuschränken oder zurückzunehmen.
6. In Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 10 wird nunmehr geregelt, unter welchen Voraussetzungen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechnete Leistungserbringer auf den Nachweis einer sonst erforderlichen Kooperationsvereinbarung verzichten können. Grundsätzlich sind nach Absatz 4 Satz 9 oder 10 zu treffende Kooperationsvereinbarungen Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und insoweit auch im Anzeigeverfahren nach Absatz 2 Satz 2 zu belegen. Allerdings wäre es nicht sachgerecht, geeigneten Leistungserbringern die Berechnung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nur deshalb zu versagen, weil sie aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen nicht zur Vorlage entsprechender Kooperationsvereinbarungen in der Lage sind. Dies ist zum einen der Fall, wenn im Einzugsbereich des Leistungserbringers kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist. Zum anderen sind Fallkonstellationen denkbar, in denen zwar im Einzugsbereich eines teilnahmewilligen und kooperationsbereiten Leistungserbringers grundsätzlich zur Kooperation geeignete andere Leistungserbringer vorhanden sind, die jedoch nicht bereit sind, mit dem teilnahmewilligen Leistungserbringer eine

Kooperationsvereinbarung abzuschließen. Für beide Fälle wird deshalb in Absatz 4 Satz 11 eine Ausnahme von dem Kooperationsgebot als Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vorgesehen. In Absatz 2 Satz 3 werden daraus die notwendigen Konsequenzen für das Anzeigeverfahren gezogen. Von Leistungserbringern, die aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen keine an sich erforderliche Kooperationsvereinbarung abschließen können, kann im Rahmen des Anzeigeverfahrens auch nicht der Nachweis über deren Abschluss verlangt werden. Allerdings muss der anzeigende Leistungserbringer gegenüber dem zuständigen erweiterten Landesausschuss glaubhaft versichern, dass er aus einem der in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründe nicht zur Vorlage einer Kooperationsvereinbarung in der Lage ist.

7. Geben die im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 zum Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingereichten Belege Anlass zu Nachfragen (z. B. weil Belege nicht vollständig sind oder Fragen offenlassen), kann die Frist von zwei Monaten, innerhalb der der Landesausschuss oder die ggf. von ihm beauftragte Stelle die Prüfung der Teilnahmeberechnung abschließen muss, zu knapp sein. Die Unterbrechung der Prüffrist stellt sicher, dass die Prüfung in solchen Fällen ordnungsgemäß und mit der gebotenen Sorgfalt abgeschlossen werden kann. Zudem verhindert die Regelung, dass ein Leistungserbringer bei (z. B. wegen nicht vollständig vorgelegter Belege) noch nicht abschließend klärbarer Teilnahmeberechnung durch weitere Untätigkeit (z. B. durch die Verzögerung der Vorlage weiterer angeforderter Belege) den Ablauf der Frist und eine damit (bei Nichtbeanstandung) automatisch verbundene Teilnahmeberechnung herbeiführen kann, obwohl die Prüfung auf der Grundlage der eingereichten Belege noch nicht abgeschlossen werden kann.
8. Leistungserbringer, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, müssen die für ihre Teilnahmeberechnung jeweils geltenden spezifischen Anforderungen und Voraussetzungen, insbesondere die maßgeblichen Vorgaben zur Qualitätssicherung sowie sonstige Qualifikationsanforderungen, nicht nur zu Beginn, sondern während der gesamten Dauer ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erfüllen. Die Regelungen in Absatz 2 Satz 7 bis 9 verfolgen den Zweck, dies mit unterschiedlichen Mitteln sicherzustellen. Während Satz 7 die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet – ebenso wie sie ihre Teilnahmeberechnung anzuzeigen und zu melden haben –, auch deren Fortfall anzuzeigen und zu melden, eröffnet Satz 8 dem erweiterten Landesausschuss oder der von ihm ggf. beauftragten Stelle die Möglichkeit, das Fortbestehen der für die Teilnahmeberechnung maßgeblichen Voraussetzungen entweder aus gegebenem Anlass (z. B. wenn Anhaltspunkte bekannt werden, die berechnete Zweifel an dem Fortbestehen der Teilnahmeberechnung wecken) oder unabhängig davon in bestimmten Zeitabständen von mindestens 5 Jahren zu überprüfen, indem von den Leistungserbringern geeig-

nete Nachweise über das Fortbestehen ihrer Teilnahmeberechtigung verlangt werden können. Satz 9 verweist auf die entsprechende Geltung von für das Anzeigeverfahren maßgeblichen Verfahrensregelungen, die bei nachträglicher Überprüfung der Teilnahmeberechtigung entsprechend gelten.

9. Um die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu beschleunigen, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss in Absatz 4 Satz 1 aufgegeben, die von ihm durch eine Richtlinie zu regelnde Konkretisierung bis zum 31. Dezember 2012 vorzunehmen.
10. Bei den der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugeordneten Leistungen sind vielfältige Überlappungen mit teilstationären oder kurzstationären Leistungen denkbar. Das Überlappungspotenzial und dessen Grenzen werden maßgeblich auch von der weiteren Konkretisierung und Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 abhängen. Ob eine Leistung im Einzelfall ambulant spezialfachärztlich oder aber im Rahmen einer stationären oder teilstationären Versorgung zu erbringen ist, hängt maßgeblich von der patientenbezogenen Beurteilung der besonderen Umstände und spezifischen Gegebenheiten des einzelnen Behandlungsfalls ab (z. B. Alter und gesundheitlicher Zustand des Patienten, soziale Situation). Erfordern die besonderen Umstände im Einzelfall anstelle einer ambulanten spezialfachärztlichen eine teilstationäre oder stationäre Versorgung, ist dies durch die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfbar.

Um in Anbetracht eines sich teilweise überlappenden Leistungsspektrums für die Anwendungspraxis eine stärkere Fokussierung herbeizuführen, wann eine ambulante spezialfachärztliche und wann eine stationäre Leistungserbringung erfolgen kann, wird der Gemeinsame Bundesausschuss in Absatz 4 Satz 3 gesetzlich beauftragt, für an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser im Rahmen der ihm obliegenden weiteren Konkretisierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 bei den in Frage kommenden Leistungen auch allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen ausnahmsweise eine stationäre Durchführung (z. B. im Rahmen von teilstationären oder kurzstationären Leistungen) erforderlich sein kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dies in entsprechender Weise umsetzen, wie dies auch im Vertrag nach § 115b für die ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe erfolgt ist. Damit wird der Vorrang der ambulanten vor einer stationären Versorgung auch in Bezug auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung verdeutlicht, zugleich aber sichergestellt, dass eine zur sachgerechten Patientenversorgung im Einzelfall ggf. gebotene stationäre Durchführung möglich bleibt.

11. In Absatz 4 Satz 4 erfolgt eine Klarstellung hinsichtlich der Vorgaben zur Qualitätssicherung dahingehend, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zunächst umfangreiche sektorenübergreifende Regelungen nach

§ 137 getroffen werden müssen, bevor die neue §-116b-Versorgung beginnen kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann bei der Festlegung der Anforderungen an die Qualitätssicherung vielmehr auf bereits bestehende Regelungen aufbauen. Er hat zunächst zu prüfen, inwieweit diese auf den neuen Versorgungsbereich der spezialfachärztlichen Versorgung übertragen werden können. Ausgehend von der bestehenden §-116b-Richtlinie kann der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 116b neu in der jeweiligen (krankheits- oder leistungsspezifischen) Anlage die aus seiner Sicht im Einzelfall erforderlichen sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung und weitere Vorgaben an die Qualitätssicherung festlegen. Dazu können einrichtungsinterne und auch einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V gehören. Soweit z. B. einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 SGB V (noch) nicht vorhanden sind, kann der Gemeinsame Bundesausschuss z. B. auf bereits für die vertragsärztliche Versorgung geltende Anforderungen zurückgreifen und diese als entsprechend anwendbar festlegen.

12. Absatz 4 Satz 5 verankert für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei den (auf schwere Verlaufsformen) begrenzten Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen einen vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalt, zu dem der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere in seiner Richtlinie nach § 116b regelt. Ausgenommen von diesem Überweisungsvorbehalt bleiben nach Absatz 4 Satz 6 direkte Zuweisungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung aus dem stationären Bereich.
13. Absatz 6 enthält neben redaktionellen Anpassungen in den Sätzen 2 und 3 gegenüber dem Regierungsentwurf im Wesentlichen folgende Änderungen:

Mit der Änderung in Satz 1 wird bestimmt, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer die Abwicklung der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gegen Aufwendersatz auch durch die Kassenärztliche Vereinigung durchführen lassen kann, in deren Zuständigkeitsbereich er seinen Sitz hat. Für die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen der Krankenhäuser bleibt es bei der unmittelbaren Abrechnung mit den Krankenkassen.

Nach Satz 8 ist es Aufgabe des Bewertungsausschusses in seiner um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzten Besetzung, die abrechnungsfähigen Gebührenpositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung einschließlich des Leistungsinhalts und sonstiger Abrechnungsbestimmungen im EBM festzulegen. In diesem Zusammenhang wird in Satz 9 konkretisiert, inwieweit der EBM bis zum Inkrafttreten einer eigenständigen Vergütungssystematik anzupassen ist. Der Anpassungsbedarf des EBM bezieht sich insbesondere auf die Bewertung der Gebührenpositionen, die die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zum

Behandlungsumfang und zu sächlichen und personellen Anforderungen nach den Absätzen 4 und 5 angemessen abbilden sollen. Zudem ist im EBM wie für den Bereich der belegärztlichen Versorgung künftig auch für den spezialfachärztlichen Versorgungsbereich ein separates Kapitel vorzusehen, das die abrechnungsfähigen Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung umfasst und das ausschließlich für die nach Absatz 2 berechtigten Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser) zugänglich ist, die die hierfür festgelegten maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Die Berechnungsfähigkeit der Leistungen der bisherigen vertragsärztlichen Versorgung bleibt hiervon insoweit unberührt.

In Satz 10 wird zum einen hinsichtlich der Prüfung der Qualität klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss je nach Ausgestaltung der Anforderungen an die Qualitätssicherung nach Absatz 4, die Qualitätsprüfung abweichend von der grundsätzlichen Zuständigkeit der Krankenkassen auch in anderer Weise organisieren kann. Zum anderen bedarf es für eine sachgerechte Durchführung der Prüfungsaufgaben durch die Krankenkassen oder die von ihnen beauftragte Arbeitsgemeinschaft der in Satz 10 ergänzten gesetzlichen Möglichkeit, auf deren Verlangen die Berechtigungs- und Abrechnungsdaten der Leistungserbringer, falls dies erforderlich ist, zusammenzuführen. Eine doppelte Prüfung der Berechtigung wird damit nicht ermöglicht. Ferner sollen die Krankenkassen auch die Möglichkeit bekommen, die Prüfungsaufgaben vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchführen zu lassen.

Satz 13 gibt zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen der Krankenkassen eine prospektive leistungsbedarfsbezogene Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor, Grundlage für die Bereinigung sind jeweils insbesondere die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Absätzen 4 und 5 zum Behandlungsumfang, die Bestimmungen des Bewertungsausschusses zu den berechnungsfähigen Leistungen nach Satz 8 sowie die Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztlichen Leistungen nach Satz 9. Die Bereinigung erfordert Bestandsaufnahmen bezogen auf den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Soweit möglich, ist zwischen der allgemeinen (weiterhin vertragsärztlichen und nicht zu bereinigenden) und der spezialisierten Facharztztätigkeit zu differenzieren. Gegebenenfalls können Bereinigungsbeträge auch pauschal vereinbart werden. Nach Satz 14 ist im Rahmen der Honorarverteilung auszuschließen, dass die Bereinigung der Gesamtvergütung zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils geht, d. h. es ist vorzusehen, dass nur der Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigen ist, der auf die ambulante fachärztliche Versorgung entfällt. Die leistungsbedarfsbezogene Bereinigung berücksichtigt damit nur den bisherigen im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten (fachärztlichen) Leistungsbedarf, der künftig in den Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung fällt. Dies kann im Einzelfall auch den fachärztlichen Leistungsbedarf betreffen, der von Hausärzten erbracht wird, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilneh-

men (insbesondere HIV-Schwerpunktpraxen). Ebenfalls ist nach Satz 14 auszuschließen, dass sich die Vergütungsminderung infolge der Bereinigung zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung auswirkt und zu Sicherstellungsproblemen bei Vertragsärzten führen, die nicht an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen. Mit der Regelung in Satz 15 wird sichergestellt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung im Zusammenhang mit der Bereinigung retrospektiv auch über ggf. erforderliche Korrekturverfahren zu entscheiden hat, z. B. bei Fehlschätzungen. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung für vertragsärztlich fachärztliche Leistungen, die bislang extrabudgetär vergütet wurden und die künftig in den Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung fallen, ist nicht notwendig. Für das gesetzlich vorgegebene Bereinigungsverfahren einschließlich des ggf. erforderlichen Korrekturverfahrens erarbeitet der Bewertungsausschuss nach § 87a Absatz 5 Satz 7 bundeseinheitliche Vorgaben.

14. Mit der Regelung in Absatz 7 Satz 4 wird sichergestellt, dass die für die Zuordnung und Abgrenzung der verordneten Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erforderliche gesonderte Kennzeichnung und Übermittlung der Verordnungen auf den Vordrucken erfolgt. Nach Satz 6 wird die Regelung zu den Einzelheiten der Kennzeichnung der Leistungserbringer sowie der Leistungen, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke den Selbstverwaltungsparteien in dreiseitigen Verträgen übertragen. In Satz 7 wird zusätzlich auf die Regelungen in § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und Satz 17 verwiesen. Damit wird klargestellt, dass die Krankenkassen der Prüfungsstelle die diesen aufgrund der ihnen übertragene Aufgabe der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen von verordneten Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung entstandenen Kosten erstatten und der Prüfungsstelle die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Datengrundlagen übermitteln. Das Nähere regelt die Prüfungsstelle.
15. In Absatz 8 Satz 2 eröffnet die Verlängerung der Frist für die Länder, nach altem Recht erlassene Bestimmungen von Krankenhäusern als zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V geeignet aufzuheben, den Krankenhäusern einen größeren zeitlichen Spielraum, sich auf veränderte Anforderungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach neuem Recht einzustellen und ggf. die hierfür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, sofern sie diese noch nicht erfüllen.
16. Die Verankerung des neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs beinhaltet umfangreiche spezifische gesetzliche Regelungen insbesondere zu den Zugangsvoraussetzungen, der Ergänzung und Weiterentwicklung des gesetzlichen Kataloges nach Absatz 1 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie zu der Abrechnung der Leistungen. Die Auswirkungen auf die Patientenversorgung, die Kostenträger und Leistungserbringer sollen deshalb nach Absatz 9 evaluiert werden, um auf dieser Grundlage sachgerecht einen etwaigen zukünftigen gesetzgeberischen Handlungsbe-

darf ermitteln zu können. Dazu wird eine den Zeitraum von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Regelung umfassende gesetzliche Evaluations- und Berichtspflicht verankert. Die Bewertungs- und Berichtspflicht nach den Sätzen 1 und 2 obliegt dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam, an die sich bereits der nach Absatz 6 Satz 2 verankerte gesetzliche Entwicklungsauftrag für ein zukünftiges Vergütungssystem in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung richtet. Sie werden insbesondere auch im Hinblick auf die in den Absätzen 2 und 3 zugewiesenen Aufgaben des erweiterten Landesausschusses für das Anzeige- und Prüfungsverfahren in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als sachnah und geeignet angesehen, um die spezifischen Daten und Erkenntnisse der jeweiligen Landesausschüsse für eine Evaluation auf Bundesebene zu bündeln. Die Ergebnisse der Evaluation sind dem Bundesministerium für Gesundheit von den Beteiligten nach Satz 4 zum 31. März 2017 zuzuleiten.

#### **Zu Nummer 44a – neu – (§ 119b SGB V)**

(Anstellung von Ärzten durch stationäre Pflegeeinrichtungen)

Dem bisherigen Satz 3 des § 119b wird ein neuer Halbsatz angefügt, der klarstellt, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten auch in Pflegeheimen der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf. Anknüpfend an das geltende Recht, setzt die Erteilung der Genehmigung die Eintragung des Arztes in das Arztregister voraus. Auf den Grad der Versorgung im Planungsbereich kommt es dagegen nicht an. Etwaige Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 1 Satz 2 stehen der Genehmigung damit nicht entgegen. Durch das Genehmigungserfordernis, wird sichergestellt, dass der Zulassungsausschuss über das jeweilige Anstellungsverhältnis informiert wird und die qualitativen Voraussetzungen des von dem Pflegeheim angestellten Arzt überprüfen kann. Damit wird jedoch keine neue Hürde für die Anstellung von Ärzten aufgebaut. Die Genehmigung ist zeitnah zu erteilen.

Der neue Satz 4 entspricht dem bisherigen zweiten Halbsatz des Satzes 3.

#### **Zu Nummer 44b – neu – (§ 120 SGB V)**

(Pädiatrische Hochschulambulanzen)

Der bisherige Regelungsinhalt des Satzes 6 entfällt aufgrund von Rechtsbereinigung.

Die Neuregelung bestimmt, dass bei den Vereinbarungen der Vergütung für die Leistungen der pädiatrischen Spezialambulanzen der Universitäts-kliniken die Vergütungsvereinbarungen für vergleichbare Leistungen der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderorthopädie sowie insbesondere Pädaudiologie und Kinderradiologie der Krankenhäuser nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen ist. Damit soll die Selbstverwaltung möglichen Fehlentwicklungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in entsprechenden Spezialambulanzen aufgrund von unbegründeten Ver-

gütungsunterschieden bei vergleichbaren Leistungen entgegenwirken. Die Vereinbarungen sind schiedsstellenfähig.

#### **Zu Nummer 44c – neu – (§ 126 SGB V)**

(Übergangsregelungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln)

Die Übergangsregelungen für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, sind hinfällig geworden und können gestrichen werden. Die frühere Zulassung berechtigt nicht mehr zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Auch die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen an die Eignung der entsprechenden Leistungserbringer gilt dadurch nicht mehr als nachgewiesen und muss nunmehr von den Krankenkassen – auch im Hinblick auf die überarbeiteten Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 – sichergestellt werden.

#### **Zu Nummer 45 (§ 127 SGB V)**

(Rahmenempfehlungen im Hilfsmittelbereich)

Um mögliche Überschneidungen mit dem Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses auszuschließen, wird klargestellt, dass § 139 Absatz 2 unberührt bleibt. Regelungen zur Qualität der Versorgung, die im Hilfsmittelverzeichnis zu treffen sind, sollen nicht Gegenstand der Rahmenempfehlungen sein.

#### **Zu Nummer 46 Buchstabe a (§ 128 SGB V)**

(Zuweisung gegen Entgelt)

Mit der Streichung des Worts „können“ wird klargestellt, dass das Zuwendungsverbot auf eine tatsächliche Beeinflussung des Verordnungs- oder Zuweisungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten abstellt. Dies trägt zur Rechtssicherheit bei.

#### **Zu Nummer 48 (§ 130b SGB V)**

(Datenübermittlung für Vereinbarung des Erstattungsbetrags)

#### **Zu Buchstabe c**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält mit der Einfügung des § 217f Absatz 7 die Befugnis, die RSA-Daten anonymisiert und ohne Krankenkassenbezug für die Verhandlung des Erstattungsbetrags mit dem pharmazeutischen Unternehmer zu verarbeiten und zu nutzen.

Ziel dieser Regelung ist es, für die Vereinbarung der Erstattungsbeträge eine aussagekräftige Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen, damit die Kosten, die für die Behandlung von Versicherten im jeweiligen Anwendungsgebiet bei der Behandlung mit unterschiedlichen Arzneimitteln, aber auch mit unterschiedlichen Behandlungspfaden entstehen, angemessen berücksichtigt werden können. Dies ist eine wichtige Grundlage für die Verhandlungen.

Die Verhandlungen dienen dem Zweck, einen für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung angemessenen Erstattungsbetrag zu vereinbaren. Hierfür ist es erforderlich, Daten über das tatsächliche Versorgungsgeschehen

in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde zu legen. Damit sich beide Seiten in der Verhandlung auf dieselbe Informationsgrundlage stützen können wird sichergestellt, dass beiden Verhandlungspartnern dieselben Auswertungen zur Verfügung stehen.

Die Vertragspartner der Rahmenvereinbarung regeln das Nähere zur Auswertung der Daten nach § 217f. Dabei soll insbesondere festgelegt werden, wie gewährleistet wird, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der jeweilige pharmazeutische Unternehmer sich gemeinsam auf die für den jeweiligen Einzelfall erforderlichen Auswertungen verständigen. Zu regeln ist ebenfalls das Nähere zur Übermittlung der Auswertungsergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer. Durch die Rahmenvereinbarung wird sichergestellt, dass den Vertragspartnern die Datenzusammenstellungen in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung gestellt werden. Schließlich ist die Aufteilung der durch die Auswertung und Übermittlung entstehenden Kosten zu regeln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt entsprechend der Rahmenvereinbarung die vereinbarten Auswertungen (anlassbezogen für die entsprechende Vereinbarung) an seinen jeweiligen Verhandlungspartner.

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Formulierung entspricht der Regelung im Gesetzentwurf.

#### **Zu Nummer 50a – neu – (§ 135 SGB V)**

(Qualitätssicherungsanforderungen der Bundesmantelvertragspartner bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

#### **Zu Buchstabe a**

Bereits nach geltendem Recht ist festgelegt, dass die Vereinbarungspartner der Bundesmantelverträge für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die besonderer Voraussetzungen für ihre Ausführung oder Kenntnisse und Erfahrungen bedürfen, Anforderungen an die Strukturqualität vorgeben können. Durch die Änderung erhalten die Vertragspartner die Möglichkeit, die verschiedenen Dimensionen der Versorgungsqualität zu berücksichtigen und über Strukturqualitätsanforderungen hinaus Vorgaben auch zur Prozess- und Ergebnisqualität zu vereinbaren. Diese Änderung ist einerseits notwendig, da eine eindeutige Abgrenzung zwischen diesen Qualitätsdimensionen nicht immer sachgerecht möglich ist. Andererseits reichen häufig Maßnahmen der Strukturqualität nicht aus, um umfassend die Qualität der Leistungserbringung bei diesen ausgewählten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu sichern und beurteilen zu können.

#### **Zu Buchstabe b**

Mit der Schaffung eines Beteiligungsrechts der nach § 140g anerkannten Organisationen bei den Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner wird eine bereits von den Vertragspartnern praktizierte Beteiligung gesetzlich nachvollzogen. Dies stärkt die Verlässlichkeit der Beteiligung und ermöglicht damit, die Anregungen der Patientenvertreter bei

den Vereinbarungen zu berücksichtigen. Den Bundesmantelvertragspartner bleibt es dabei überlassen, die Details über die Art und Weise der Beteiligung der Patientenvertreter zu regeln.

Um für betroffene Leistungserbringer und Versicherte die notwendige Transparenz zu schaffen, sind die Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Absatz 2 und die jeweils entscheidungserheblichen Gründe zukünftig entsprechend der Regelung in § 87 Absatz 6 Satz 9 im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen. Falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.

#### **Zu Nummer 50b – neu – (§ 135a SGB V)**

(Verpflichtung zur Qualitätssicherung)

Die bisher in § 135a Absatz 2 Satz 2 geregelte Verpflichtung der Leistungserbringer, der Institution nach § 137a Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Absatz 2 Nummer 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen, wird an dieser Stelle gestrichen, da die Befugnisse und Pflichten der Leistungserbringer und Krankenkassen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung nunmehr in § 299 zusammengeführt und abschließend geregelt werden (s. Begründung zu § 299).

#### **Zu Nummer 52 (§ 137 SGB V)**

(Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer bei Richtlinien zur Qualitätssicherung)

#### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung entspricht der bisherigen Nummer 52 des Regierungsentwurfs.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Durch die Anfügung wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer bei den Beratungen zu den Richtlinien über die Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Beteiligung bezieht sich dabei nur auf Bereiche, bei denen die Belange der Institutionen jeweils berührt sind. Dadurch wird sichergestellt, dass diese die Anliegen der von ihnen vertretenen Berufsgruppen in die Beratungen einbringen können und gleichzeitig die Arbeitsfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschuss und seiner Gremien nicht unnötig erschwert wird.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Erweiterung des Beteiligungsrechts der Bundespsychotherapeutenkammer sichert zukünftig, dass auch bei der Festlegung der Anforderungen an die Qualitätsberichte die Belange der durch sie vertretenen Berufsgruppe der Psychotherapeuten mit berücksichtigt werden kann. Dies unterstützt das Anliegen, den Informationsgehalt der Qualitätsberichte umfassend zu gestalten und dabei auch die psychotherapeutische Versorgung angemessen zu berücksichtigen.

**Zu Nummer 56** (§ 137e Absatz 4 Satz 2 SGB V)

(Klarstellung der Geltung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Vergütung für die im Rahmen einer Erprobung erbrachten voll- und teilstationären Leistungen richtet sich nach den allgemeinen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts. Da Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen derzeit noch im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung und nicht nach dem neuen Entgeltsystem nach § 17d KHG vergütet werden, bedarf es zur Klarstellung einer ergänzenden Bezugnahme auch auf die Bundespflegesatzverordnung.

**Zu Nummer 57 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc**

(§ 137f SGB V)

(Einbeziehung des Bundesversicherungsamts und der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in das Stellungnahmeverfahren bei den Richtlinien zu DMP)

Vor der Beschlussfassung zu den DMP-Richtlinien im G-BA erhalten neben den bereits bisher stellungnahmeberechtigten Organisationen (die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen) zusätzlich auch das Bundesversicherungsamt und die jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht. Dem Bundesversicherungsamt als der für die Zulassung der Programme nach § 137g SGB V zuständigen Behörde wurde bisher im Rahmen der Anhörung zur Umsetzung der G-BA-Empfehlungen vom ordnungsgebenden Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Als Folgeänderung der Übertragung der Regelungskompetenzen auf den G-BA erhält das Bundesversicherungsamt nun stattdessen unmittelbar beim G-BA die Gelegenheit zur Stellungnahme. Gleiches gilt für die jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

**Zu Nummer 58a – neu –** (§ 140a SGB V)

(Integrierte Versorgung)

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) wurde zum 1. Januar 2004 geregelt, dass nicht nur Leistungserbringer, sondern auch Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung anbieten, zum Vertragsschluss über eine integrierte Versorgung mit den Krankenkassen berechtigt sind. Hauptaufgabe dieser sogenannten Managementgesellschaften ist es, die Leistungserbringer von nicht unmittelbar heilkundlichen Aufgaben zu entlasten und ein Versorgungsmanagement in der integrierten Versorgung vorzunehmen. Zudem sollen Verträge zur integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen (§ 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V). Um dies zu erreichen, bietet sich insbesondere die Einschaltung einer Managementgesellschaft an.

Für die genannten Aufgaben brauchen die Managementgesellschaften Daten, die ihnen bisher nicht zur Verfügung stehen. So ist zum Beispiel bei einem untypischen Krankenhausaufenthalt erforderlich, dass die Managementgesell-

schaften auch die Behandlungen des Patienten vor der Einweisung nachvollziehen können, damit künftig medizinisch nicht erforderliche Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Auch wenn etwa im Rahmen der integrierten Versorgung besondere Präventionsangebote organisiert werden sollen, bedarf es hierfür Informationen über die bisherige Krankheitsgeschichte des Versicherten.

Die Regelung stellt klar, dass die Managementgesellschaften mit Einwilligung des Versicherten diese erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen dürfen. Diese Befugnis beschränkt sich jedoch rein auf die Zwecke der integrierten Versorgung. Weitergehende Befugnisse, wie etwa die Erhebung von Daten zu Forschungszwecken sind hiervon nicht erfasst. Damit sichergestellt ist, dass in den Managementgesellschaften ein vergleichbares Schutzniveau besteht wie bei Stellen, die dem Sozialgeheimnis unterliegen, wird § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch für entsprechend anwendbar erklärt.

**Zu Nummer 58b – neu –** (§ 140b SGB V)

(Anpassung an Neufassung des § 116b SGB V)

**Zu Buchstabe a**

§ 140b Absatz 4 Satz 3 lässt Integrationsverträge zu, bei denen die beteiligten Leistungserbringer auch Leistungen erbringen, die von ihrem Zulassungs- oder Ermächtigungstatus nicht gedeckt sind. Dies gewährleistet, dass die Leistungserbringung im Rahmen der integrierten Versorgung nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert wird. Die vertragliche Vereinbarung darf jedoch nur Leistungen beinhalten, die von dem durch mindestens einen teilnehmenden Leistungserbringer eingebrachten Zulassungs- oder Ermächtigungstatus umfasst sind. Die Einfügung des Wortes „Berechtigungsstatus“ in Satz 3 stellt klar, dass auch die Berechtigung zur Wahrnehmung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b ein solcher Status ist, der durch einen Leistungserbringer in einen Integrationsvertrag eingebracht werden kann.

**Zu den Buchstaben b und c**

Mit dem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 eingefügten Satz 4 haben die Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, auch im Rahmen von Integrationsverträgen Leistungen nach § 116b Absatz 3 (altes Recht) zu erbringen. Dies öffnete Krankenhäuser in erweitertem Umfang für die ambulante Versorgung.

Die nun getroffenen Neuregelungen stellen eine Anpassung an die Neufassung des § 116b durch Nummer 44 dar.

Die Übergangsregelung in Satz 4 ermöglicht den leistungserbringenden Krankenhäusern, sich auf die neuen Rahmenbedingungen einzustellen und rechtzeitig die maßgeblichen Voraussetzungen für eine Fortsetzung ihrer Leistungserbringung zu schaffen. Die Zeitspanne zum Ablauf der Übergangsregelung in Satz 4 zum 31. Dezember 2014 wird gewählt, weil der Gesetzgeber davon ausgeht, dass bis dahin der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b konkretisiert hat. Damit ist gewährleistet, dass eine Umstellung auf die neue Systematik für alle Leistungserbringer möglich ist.

Der neue Satz 5 stellt für die integrierte Versorgung eine Sonderregelung dar, wenn sich der Integrationsvertrag auf Leistungen nach § 116b bezieht. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b gelten – im Gegensatz zur alten Rechtslage – für alle Leistungserbringer einheitliche Berechtigungsvoraussetzungen. Durch Satz 5 wird daher zum einem klargestellt, dass die Voraussetzungen des § 116b (u. a. sächliche und personelle Anforderungen und sonstige Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung) auch im Rahmen der integrierten Versorgung Anwendung finden, wenn der Integrationsvertrag Leistungen nach § 116b umfasst. Zum anderen macht der Satz 5 deutlich, dass diese Voraussetzungen zukünftig auch bei Integrationsverträgen für alle Leistungserbringer gleichermaßen gelten.

#### **Zu Nummer 58c – neu – (§ 140d SGB V)**

(Integrierte Versorgung)

Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ist zum Ende des Jahres 2008 ausgelaufen. Daher sind alle mit ihr im Zusammenhang stehenden Regelungen überflüssig. Die Streichungen dienen somit der Rechtsbereinigung im SGB V.

#### **Zu Nummer 59a – neu – (§ 142 SGB V)**

(Konzertierte Aktion, Sachverständigenrat)

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung.

#### **Zu Nummer 59b – neu – (§ 146a SGB V)**

(Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Ortskrankenkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

#### **Zu Nummer 59c – neu – (§ 153 SGB V)**

(Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Betriebskrankenkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

#### **Zu Nummer 60 (§ 155 SGB V)**

(Hinweispflichten des Abwicklungsvorstands)

Die Änderung enthält zusätzliche Informationspflichten für den Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse. Dieser hat die Mitglieder auch auf die Besonderheiten der Ausübung des Wahlrechts im Fall der Kassenschließung hinzuweisen (vergleiche die Regelungen in § 175 Absatz 3a). Dies trägt zur weiteren Erleichterung und Beschleunigung des Kassenwechsels der Betroffenen bei, sodass im Regelfall davon ausgegangen werden kann, dass die Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung bei einer neuen Krankenkasse versichert sind und damit eine lückenlose Leistungsgewährung sichergestellt ist. Nur in Ausnahmefällen kann es daher erforderlich sein, dass die betroffenen Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen im Wege der Leistungsaushilfe erhalten. Dies kann bei freiwilligen Mitgliedern und bei Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 der Fall sein, da bei diesen eine Zuordnung durch eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht erfolgen kann. Hierauf sind die Betroffenen hinzuweisen sowie darauf, dass bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Mitgliedsbescheinigung eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung besteht. Eine aushilfsweise Leistungserbringung kann auch dann erforderlich werden, wenn zwischen der Stellung eines Insolvenzantrags und der Eröffnung des Insolvenzverfahrens weniger als acht Wochen liegen, und Versicherte ihr Wahlrecht bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens noch nicht ausgeübt haben. Die für die Leistungsaushilfe erforderlichen Entscheidungen trifft der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage des § 217f Absatz 6. Außerdem wird der Abwicklungsvorstand verpflichtet, die zur Meldung verpflichtete Stelle darüber zu informieren, innerhalb welcher Frist das Mitglied eine neue Krankenkasse gewählt haben muss sowie darüber, innerhalb welcher Frist die Meldestelle gegebenenfalls eine Anmeldung bei der letzten Krankenkasse des Mitglieds oder die ersatzweise Ausübung des Kassenwahlrechts vorzunehmen hat.

#### **Zu Nummer 60a – neu – (§ 163 SGB V)**

(Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Innungskrankenkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

#### **Zu Nummer 60b – neu – (§ 170 SGB V)**

(Mindestzeitraum bei Kassenschließungen)

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Ersatzkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglie-

der einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

#### **Zu Nummer 61 Buchstabe a** (§ 171b SGB V)

(Informationspflichten des Abwicklungsvorstands)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Erweiterung der Informationspflichten des Abwicklungsvorstands einer geschlossenen Krankenkasse. Durch die Änderung werden diese erweiterten Informationspflichten auf den Fall der Stellung eines Insolvenzantrags durch die Aufsichtsbehörde übertragen.

#### **Zu Nummer 61a – neu –** (§ 171d SGB V)

(Zwischenfinanzierungsdarlehen des GKV-SV)

Die Änderung ermöglicht dem GKV-Spitzenverband, auch über den 30. Juni 2012 hinaus bis zum 31. Dezember 2014 Darlehen aufzunehmen, wenn dies erforderlich ist, um Ansprüche insbesondere von Leistungserbringern und Versicherten gegen eine geschlossene oder insolvente Krankenkasse zwischenzufinanzieren. Die Fristverlängerung ermöglicht es, nach den bisherigen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Schließung der City BKK weitere Erfahrungen zur Höhe der im Schließungsfall zu tilgenden kurzfristigen Verbindlichkeiten zu sammeln. Diese sollen genutzt werden, um zeitnah ein Modell zur Finanzierung der Ansprüche innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln – wie dies im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen wurde.

#### **Zu Nummer 64** (§ 175 SGB V)

(Ausübung des Wahlrechts bei Kassenschließung; Sonderkündigungsrecht von ALG-II-Beziehern)

#### **Zu Buchstabe c – neu –**

Die Änderung enthält Sonderregelungen für die Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Wechsel der versicherungspflichtigen Mitglieder der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer neuen Krankenkasse im Zeitpunkt des Wirksamwerden der Schließung beziehungsweise der Eröffnung des Insolvenzverfahrens im Regelfall vollzogen ist und freiwillig Versicherte ihr Wahlrecht vor der Kassenschließung ausüben können.

Grundlage dieser Regelung ist die neue Festlegung einer Mindestfrist zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids und dem Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird (vergleiche die Änderungen in den §§ 146a, 153, 163 und 170). Innerhalb von sechs Wochen nach der Zustellung des Schließungsbescheids durch die Aufsichtsbehörde an die betroffene Krankenkasse beziehungsweise der Stellung des Insolvenzantrags haben Versicherungspflichtige das

Wahlrecht auszuüben und der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Die Mitglieder werden nach § 155 Absatz 2 durch den Abwicklungsvorstand unverzüglich über die Frist zur Ausübung des Kassenwahlrechts und die Folgen der Nichtausübung informiert. Wird das Wahlrecht innerhalb dieser Frist nicht ausgeübt beziehungsweise der zur Meldung verpflichteten Stelle keine Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse vorgelegt, hat diese den Betroffenen bei der Krankenkasse anzumelden, bei der dieser vor seiner Mitgliedschaft bei der schließenden Krankenkasse versichert war; bestand keine vorhergehende Versicherung, ist er von der zuständigen Meldestelle bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung beziehungsweise zum Ersten des laufenden Monats im Fall der Stellung eines Insolvenzantrags. Letzteres trägt dem Umstand Rechnung, dass die Meldestelle den Zeitpunkt, zu dem das Insolvenzgericht über den Antrag entscheidet, in der Regel noch nicht kennt, wenn sie die Anmeldung vorzunehmen hat. Wird die Krankenkasse trotz Insolvenzantrags oder aus sonstigen Gründen im laufenden Verfahren doch nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse bestehen und die Meldung ist zu stornieren. Freiwillige Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 haben keine zur Meldung verpflichtete Stelle. Freiwillige Mitglieder haben weiterhin entsprechend der Regelung in § 9 Absatz 2 eine Frist von drei Monaten für die Ausübung des Kassenwahlrechts, die mit dem Tag der Zustellung des Schließungsbescheids beziehungsweise der Stellung des Insolvenzantrags beginnt.

Damit der Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse einen Überblick über die vollzogenen Kassenwechsel hat, haben die gewählten Krankenkassen dieser unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln.

Aufgrund dieser Regelungen kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung bei einer neuen Krankenkasse versichert sind und damit eine lückenlose Leistungsgewährung sichergestellt ist. Nur in Ausnahmefällen kann es daher noch erforderlich sein, dass die betroffenen Versicherten darauf angewiesen sind, nach dem Wirksamwerden der Schließung die ihnen zustehenden Leistungen im Wege der Leistungsaushilfe zu erhalten. Dies kann bei freiwilligen Mitgliedern und bei Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 der Fall sein, bei denen eine Zuordnung durch eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht erfolgen kann, wenn diese ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig ausüben. Hierauf sind die Betroffenen hinzuweisen sowie darauf, dass bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Mitgliedsbescheinigung eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung besteht (vergleiche die Änderung in § 155 Absatz 2). Eine aushilfswise Leistungserbringung kann auch dann erforderlich werden, wenn zwischen der Stellung eines Insolvenzantrags und der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens weniger als acht Wochen liegen. Die für die Leistungsaushilfe erforderlichen Entscheidungen trifft der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage des § 217f Absatz 6. In jedem Fall können die Betroffenen durch frühzeitige Ausübung des Wahlrechts die Notwendigkeit einer aushilfswisen Leistungsgewährung vermeiden.

**Zu Buchstabe d – neu –**

Versicherte können ihre Mitgliedschaft aufgrund des in § 175 Absatz 4 Satz 5 eingeräumten Sonderkündigungsrechts innerhalb der achtzehnmonatigen Bindungsfrist kündigen, wenn die Krankenkasse auf der Grundlage ihrer Satzung einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt, erhöht oder eine bisherige Prämienzahlung verringert. Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder für Bezieher von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – SGB II – (einschließlich der sogenannten Aufstocker) wird mit der vorliegenden Änderung ein zusätzliches Sonderkündigungsrecht geregelt.

Für diesen Personenkreis wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag seit dem 1. Januar 2011 nach § 242 Absatz 4 Satz 1 höchstens in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht, so dass die Betroffenen wirtschaftlich nicht belastet sind. Die Krankenkasse kann aber nach § 242 Absatz 4 Satz 2 in ihrer Satzung regeln, dass von diesen Mitgliedern der Differenzbetrag zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag zu zahlen ist. Das neue, zusätzliche Sonderkündigungsrecht ermöglicht es den Betroffenen, in eine Krankenkasse zu wechseln, die keinen Differenzbetrag erhebt, und die Entscheidung hierüber zu dem Zeitpunkt zu treffen, zu dem sie erstmals über die Pflicht zur Zahlung des Differenzbetrags informiert werden. Die Regelung vermeidet damit, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Bezieher von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II verpflichtet sind, den Differenzbetrag aus ihrem Regelbedarf zu bestreiten.

Dabei sind folgende Fallgruppen zu unterscheiden:

Mitglieder, die bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags zum oben genannten Personenkreis gehören, üben ihr Sonderkündigungsrecht entsprechend dem Sonderkündigungsrecht bei Erhebung des Zusatzbeitrags aus (Satz 2). Der zu zahlende Differenzbetrag kann sich erhöhen, weil die Krankenkasse ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 Satz 1 erhöht oder der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a sinkt. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit des Differenzbetrags oder des erhöhten Differenzbetrags auf ihr Sonderkündigungsrecht hinzuweisen (vergleiche Absatz 4 Satz 6). Die Pflicht zur Zahlung des Differenzbetrags ist bis zum Ablauf der Kündigungsfrist ausgesetzt.

Darüber hinaus haben auch Mitglieder, die erst nach der erstmaligen Fälligkeit des von der Krankenkasse erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags dem Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 zuzuordnen sind, weil sie zum Beispiel erst zu einem späteren Zeitpunkt von der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer in die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wechseln (sogenannte Statuswechsler), ein Sonderkündigungsrecht auf Grund dieses Statuswechsels (Satz 3). Sie sind von der Krankenkasse spätestens einen Monat vor der erstmaligen Pflicht zur Zahlung des Differenzbetrags auf dieses Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Entsprechend ist die Pflicht zur Zahlung des Differenzbetrags bis zum Ablauf der Kündigungsfrist ausgesetzt. Das gleiche gilt für Mitglieder, die nach einer

Unterbrechung des Leistungsbezugs nach dem SGB II erneut dem in § 242 Absatz 4 Satz 1 genannten Personenkreis angehören; sie erhalten wiederholt ein Sonderkündigungsrecht, um die Zahlung des Differenzbetrags vermeiden zu können.

Satz 4 enthält eine Übergangsregel für Mitglieder, die bereits vor Inkrafttreten dieser Regelung zu dem in § 242 Absatz 4 Satz 1 genannten Personenkreis gehörten und den Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen hatten. Die Krankenkasse hat diese nach Inkrafttreten dieser Regelung bis zum 29. Februar 2012 auf das für sie erstmals geltende Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Das Sonderkündigungsrecht kann bis zu einem Monat nach Zugang des Hinweises der Krankenkasse ausgeübt werden. Ab dem 1. Januar 2012 ist für Mitglieder nach Satz 4 die Pflicht zur Zahlung des Differenzbetrags bis zum Ablauf der Kündigungsfrist ausgesetzt.

Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber einem Mitglied verspätet nach (Satz 5), verschiebt sich für dieses Mitglied die Pflicht zur Zahlung des (erhöhten) Differenzbetrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum (vergleiche Absatz 4 Satz 7). Dies gilt auch für Fälle, in denen die Krankenkasse eine verspätete Unterrichtung nicht zu vertreten hat, zum Beispiel weil sie selbst verspätet Kenntnis von einem Statuswechsel des Versicherten nach Satz 3 erlangt oder eine rechtzeitige Unterrichtung des Mitglieds nach Absatz 4 Satz 6 wegen eines sehr kurzfristigen Eintritts des Statuswechsels nach Satz 3 nicht möglich ist. Wird das Sonderkündigungsrecht wirksam ausgeübt, ist der (erhöhte) Differenzbetrag nicht zu zahlen. Dies wird ausdrücklich in dem um die Sätze 3 bis 5 ergänzten § 242 Absatz 4 geregelt.

**Zu Nummer 64a – neu – (§ 197a SGB V)**

(Befugnisnorm für Datenübermittlungen zwischen den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen/Bereinigung)

**Zu Buchstabe a**

Im Rahmen von Prüfungen des Bundesrechnungshofes hat dieser darauf hingewiesen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen ohne eine Zusammenarbeit der Krankenkassen, insbesondere auch kassenartenübergreifend, und ohne eine Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oft nicht feststellbar ist. Um das Fehlverhalten der Leistungserbringer und auch dessen Ausmaß feststellen zu können, hält er es für unverzichtbar, dass die verschiedenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen untereinander erforderliche personenbezogene Daten austauschen. Voraussetzung hierfür sind gesetzliche Datenübermittlungsbefugnisse der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung. Da die Frage, ob sich bereits aus dem geltenden Recht derartige Befugnisse ergeben, in der Vergangenheit unterschiedlich beurteilt wurde und Datenübermittlungen zum Teil mit der Begründung verwehrt wurden, es fehle an der hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage, werden diesen Stellen im neuen Absatz 3a der §§ 81a und 197a SGB V nunmehr explizit und normenklar die erforderlichen Datenübermittlungsbefugnisse eingeräumt. Über den Verweis in § 47a Satz 1 SGB XI auf § 197a

SGB V gilt dies entsprechend für bei den Pflegekassen eingerichtete Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Die datenschutzrechtliche Verantwortung für die erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung trägt die jeweilige Krankenkasse beziehungsweise der Verband. Sie haben durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Befugnisse, insbesondere der Zugang und Zugriff auf Datenbestände der Einrichtungen nach Absatz 1, und der Kreis der befugten Personen eindeutig festgelegt sind.

#### **Zu Buchstabe b**

Streichung einer entbehrlichen Zeitangabe über die erstmalige Berichtspflicht zu den Stellen der Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

#### **Zu Nummer 64b – neu – (§ 201 SGB V)**

(Rechtsbereinigung)

In § 201 Absatz 6 Satz 3 ist geregelt, dass, sofern zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. Dezember 1995 keine Vereinbarung über das Nähere zum Verfahren der Meldungen auf maschinell verwertbaren Daten oder durch Datenübertragung im Hinblick auf die Meldepflichten bei Rentenanspruchstellung und Rentenbezug zustande kommt, das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere bestimmt. Diese Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt ist (erstmalig) am 8. Juli 1996 zustande gekommen, so dass die Regelung in Satz 3 insoweit ins Leere geht und aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben wird.

#### **Zu Nummer 65a – neu – (§ 217b SGB V)**

(Besetzung der Organe des GKV-SV)

Weil einige Krankenkassen neben der Vertreterversammlung auch den ehrenamtlichen Vorstand als Selbstverwaltungsorgan besitzen, wird in der Vorschrift über die Organe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 217b die bisherige Benennung des Verwaltungsrates und der Vertreterversammlung um dieses Selbstverwaltungsorgan erweitert. Damit wird klargestellt, dass auch ehrenamtliche Vorstände der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkassen Mitglied des Verwaltungsrates und der Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sein können.

#### **Zu Nummer 66 (§ 217f SGB V)**

(Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)  
Zu Absatz 6

Absatz 6 entspricht der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung.

Zu Absatz 7

Der neue Absatz 7 enthält eine Regelung, die es dem GKV-Spitzenverband ermöglicht, zur Erfüllung der genannten

Aufgaben, die ihm aufgrund des Arzneimittelneuordnungsgesetzes übertragen worden sind, bereits vorhandene Daten zu verarbeiten und zu nutzen. Der GKV-Spitzenverband darf diese Daten ausschließlich für seine Aufgaben nach § 130b verwenden. Diese Daten wurden von den Krankenkassen für Zwecke des Risikostrukturausgleichs über den GKV-Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt übermittelt; sie dürfen vom GKV-Spitzenverband ohne Versichererbezug und ohne Krankenkassenbezug verarbeitet und genutzt werden.

#### **Zu Nummer 66a – neu – (§ 217g SGB V)**

(Bereinigung: Errichtungsbeauftragter für den GKV-SV)

Nach Abschluss der Errichtungsphase des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist die Vorschrift über den Errichtungsbeauftragten entbehrlich.

#### **Zu Nummer 66b – neu – (§ 220 SGB V)**

(Darlehensaufnahmeverbot, Anpassung einer Verweissvorschrift zum Gesundheitsfonds)

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 222 SGB V, dessen Regelungen durch Zeitablauf erledigt sind. Der weiterhin bestehende Grundsatz des Darlehensaufnahmeverbots, der auch durch ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 3. März 2009 ausdrücklich bestätigt wurde, wird aus rechtssystematischen Gründen in § 220 Absatz 1 SGB V überführt. Unberührt davon bleiben Darlehensregelungen, die das SGB V an anderer Stelle selbst vorsieht.

#### **Zu Buchstabe b**

Wegen der Änderung des § 77 Absatz 1a SGB IV muss die Verweissvorschrift in § 220 Absatz 3 SGB V angepasst werden. Die für Krankenkassen zukünftig vorgesehenen Prüfungs- und Testierungspflichten durch Wirtschaftsprüfer oder vereidigter Buchprüfer gelten nicht für den Gesundheitsfonds, der durch das Bundesversicherungsamt verwaltet wird.

#### **Zu Nummer 67a – neu – (§ 222 SGB V)**

(Aufhebung zeitlich befristeter Ausnahmen vom Darlehensaufnahmeverbot)

In § 222 SGB V sind zeitlich befristete Ausnahmen vom allgemeinen Grundsatz des Darlehensaufnahmeverbots geregelt, die sich zwischenzeitlich durch Zeitablauf erledigt haben. Der Grundsatz des Darlehensaufnahmeverbots, der sich bisher in § 222 Absatz 5 SGB V findet, wird zukünftig in § 220 Absatz 1 SGB V geregelt.

#### **Zu Nummer 69a – neu – (§ 242 SGB V)**

(Nichterhebung des Differenzbetrags von Beziehern von ALG II bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem vorgesehenen Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a im Falle der Erhebung oder Erhöhung des Differenzbetrags für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder,

die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder 13 oder freiwillig versichert sind. In Anlehnung an § 242 Absatz 1 Satz 2 bis 4 wird geregelt, dass der Differenzbetrag von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a fristgerecht ausgeübt haben, nicht erhoben wird. Allerdings gilt dies ausdrücklich nicht für Differenzbeträge, die vor dem 1. Januar 2012 erhoben wurden. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen der Erhöhung des Differenzbetrags ausgeübt, wird der erhöhte Differenzbetrag nicht erhoben. Auch dies ist an die entsprechende Regelung zum Zusatzbeitrag angelehnt. Wird das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a Satz 3 wegen einer erstmaligen oder erneuten Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 (Mitglieder, die SGB-II-Leistungen beziehen) ausgeübt, wird der Differenzbetrag ab dem Zeitpunkt der erstmaligen oder erneuten Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 ebenfalls nicht erhoben. Für Mitglieder, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a Satz 4 fristgemäß ausüben, wird der Differenzbetrag ab dem 1. Januar 2012 nicht erhoben. Ebenso wird geregelt, dass der Differenzbetrag im vollen Umfang erhoben wird, wenn die Kündigung nicht wirksam wird.

#### **Zu Nummer 69b – neu – (§ 242a SGB V)**

(Streichung der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für 2011)

In § 242a Absatz 2 Satz 1 SGB V ist festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen den durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegt und diesen jeweils zum 1. November im Bundesanzeiger für das folgende Jahr bekannt gibt. Für das Jahr 2011, das Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes, ist in Satz 2 eine Ausnahmeregelung in der Gestalt getroffen worden, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt gegeben wird. Dies ist auch geschehen, so dass sich die Vorschrift erledigt hat. Sie wird aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

#### **Zu Nummer 69c – neu – (§ 242b SGB V)**

(Zuständigkeit der Krankenkassen 2011 für Sozialausgleich)

In § 242b Absatz 8 SGB V ist festgelegt, dass – abweichend von § 242b Absatz 1 bis 7 SGB V – der Sozialausgleich für das Jahr 2011 von den Krankenkassen durchgeführt wird. Da der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr 2011 Null beträgt, besteht für kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung 2011 ein Anspruch auf Sozialausgleich. Deshalb wird die Vorschrift aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

#### **Zu Nummer 70a – neu – (§ 251 SGB V)**

(Datenschutzrechtliche Regelungen bei der Prüfung der Direktzahler)

Mit Einführung des Gesundheitsfonds hat der Gesetzgeber mit der Regelung in § 251 Absatz 5 Satz 2 dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds die Berechtigung zur Prüfung der Beitragszahlungen der sogean-

nannten Direktzahler übertragen. Die Prüfung der Direktzahler lag bis zu diesem Zeitpunkt im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen und wurde mit der Änderung der Zahlungsströme auf das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds übertragen. Prüfgegenstand ist hierbei ausschließlich die Beitragszahlung aus den jeweiligen Versicherungsverhältnissen. Deshalb werden insbesondere die Künstlersozialkasse, die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger geprüft.

Da die Krankenkassen und die Landesverbände grundsätzlich über das nötige Fachwissen und ausreichende Personalressourcen verfügen, wird das Bundesversicherungsamt ermächtigt, Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen mit deren Zustimmung die Durchführung der Prüfung wahrnehmen zu lassen. Die dadurch entstehenden Kosten werden durch das Bundesversicherungsamt getragen, dessen Ausgaben nach § 271 Absatz 6 bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

Satz 3 und Satz 4 zweiter Halbsatz schaffen klare datenschutzrechtliche Grundlagen für dieses Verfahren. Mit den Regelungen werden die an der Prüfung beteiligten Stellen zur Vorlage der erforderlichen Prüfunterlagen und zur Auskunftserteilung verpflichtet und eine entsprechende Datenerhebung durch das Bundesversicherungsamt legitimiert. Beauftragt das Bundesversicherungsamt eine Krankenkasse oder einen Landesverband der Krankenkassen nach Satz 4 erster Halbsatz mit der Durchführung der Prüfung, sind die Unterlagen und Auskünfte gegenüber dem Beauftragten vorzulegen beziehungsweise zu erteilen.

Satz 5 stellt klar, dass die Beauftragten den datenschutzrechtlichen Anforderungen des SGB X genügen müssen. Dies gilt auch für solche Daten, die im Verlauf der Prüfung bekannt werden, aber für die Durchführung nicht erforderlich sind. Satz 6 regelt klar, dass die Daten nach Abschluss der Prüfung zu löschen sind. Zudem gelten nach Satz 7 im Übrigen für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches. Dies bedeutet insbesondere, dass die Beauftragten nach § 78a SGB X die technischen und organisatorischen Maßnahmen einschließlich der Dienstanweisungen zu treffen haben, die erforderlich sind, um die besonderen Anforderungen des Sozialdatenschutzes zu gewährleisten.

#### **Zu Nummer 70b – neu – (§ 252 SGB V)**

(Zwangsgeld bei fehlenden oder unvollständigen Monatsabrechnungen Sonstige Beiträge)

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Monatsabrechnungen über die sonstigen Beiträge ist durch das Bundesversicherungsamt sicherzustellen. Diese sind zum einen für die laufende Überwachung des Beitragseinzugs, die technische Abwicklung der Buchungen sowie die Erstellung der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds notwendig. Zum anderen ist die Sicherstellung des korrekten Einzugs der sonstigen Beiträge Voraussetzung für die Durchführung des Sozialausgleichs nach § 242b in den Folgejahren. Um die fristgerechte Abgabe vollständiger und richtiger Monatsabrechnungen sonstige Beiträge zu gewährleisten, werden die jeweiligen Aufsichtsbehörden für die Krankenkassen in die Lage versetzt, bei fehlenden Abrechnungen angemessene

Zwangsmittel anzuwenden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden erhalten die Befugnis, gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen die Einhaltung der Regelungen über die fristgerechte Abgabe von vollständigen und richtigen Monatsabrechnungen bei fortgesetzten Rechtsverstößen mit einem Zwangsgeld von bis zu 50 000 Euro durchzusetzen. Das Zwangsgeld kann mehrfach festgesetzt werden.

#### **Zu Nummer 72a – neu – (§ 261 SGB V)**

(Rücklagenbildung bei Krankenkassen)

Zur Stärkung der Finanzsituation und Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen wird die Ausnahmevorschrift des § 261 Absatz 4 Satz 2 im Hinblick auf die Pflicht zur Bildung einer Rücklage gestrichen. Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplans, dass die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, so ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage mit einem Betrag in Höhe von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen. Dies galt nach der bisherigen Rechtslage nach der Ausnahmevorschrift des § 261 Absatz 4 Satz 2 jedoch dann nicht, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Erhöhung des Zusatzbeitrags nach § 242 erforderlich ist. Diese Ausnahme ist in dieser Form sowohl im Hinblick auf die Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen als auch auf die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge nicht mehr sachgerecht und wird gestrichen. Die Krankenkassen sind somit grundsätzlich verpflichtet, die zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit erforderliche Mindestrücklage innerhalb von höchstens vier Jahren aufzufüllen.

Indem die Pflicht zur schrittweisen Auffüllung der Rücklagen in § 261 Absatz 4 Satz 1 um die Formulierung „im Regelfall“ ergänzt wird, wird den Aufsichtsbehörden die Möglichkeit gegeben, die Auffüllungsverpflichtung in engen Ausnahmefällen zeitlich zu strecken, falls die betroffene Krankenkasse zur Auffüllung der Rücklagen einen Zusatzbeitrag in einer Höhe erheben müsste, die sie erheblich im Wettbewerb benachteiligen würde. Die Auffüllungsverpflichtung als solche besteht aber in jedem Fall. Dies bedeutet eine deutliche Verbesserung gegenüber der derzeitigen Situation, in der auf die Verpflichtung zur Rücklagenauffüllung vollständig und schon dann verzichtet wird, wenn dies zur Einführung eines Zusatzbeitrages führt, selbst dann, wenn dieser wettbewerbsfähig ist. Gleichzeitig wird durch die Möglichkeit der Ausnahme mit den Wörtern „im Regelfall“ im Hinblick auf die Höhe des Betrages zur Auffüllung der Rücklage im Haushaltsplan vermieden, dass eine Krankenkasse allein wegen der Auffüllung der Rücklage einen Zusatzbeitrag in einer Höhe erheben muss, die am Markt nicht durchsetzbar ist, und sich so durch das massive Abwandern von Mitgliedern die Finanzsituation der Krankenkasse weiter verschlechtern würde.

#### **Zu Nummer 72b – neu – (§ 263a SGB V)**

(Aufhebung Übergangsvorschrift Rechtsträgerabwicklung)

In § 263a SGB V ist geregelt, dass mit Wirkung vom 30. März 2005 die nach § 27 Absatz 1 des Rechtsträger-Abwicklungsgesetzes das vom Bund treuhänderisch verwaltete Vermögen der LVA Mark Brandenburg – Abteilung Kran-

kenversicherung, der LVA Ostpreußen – Abteilung Krankenversicherung, der Sudetendeutschen Angestellten Krankenkasse und der Besonderen Ortskrankenkasse für Binnenschifffahrt und verwandte Betriebe sowie der Landeskrankenkasse für den Landkreis Bromberg auf den Bund übergehen. Da das Vermögen zwischenzeitlich auf den Bund übergegangen ist, läuft die Vorschrift ins Leere und wird deshalb aus Gründen der Rechtsbereinigung und Entbürokratisierung aufgehoben.

#### **Zu Nummer 75 (§ 266 SGB V)**

(Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

##### **Zu den Buchstaben a und c**

Die Regelungen werden im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

##### **Zu Buchstabe b**

Enthält die Fassung des Regierungsentwurfs.

#### **Zu Nummer 75a – neu – (§ 267 SGB V)**

(Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

#### **Zu Nummer 75b – neu – (§ 268 SGB V)**

(Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

Die Regelungen werden im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.

Die Ermächtigung zum Erlass der Rechtsverordnung in den Sätzen 1 und 4 ist hingegen auch über das Jahr 2009 hinaus grundlegend für die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

#### **Zu Nummer 75c – neu – (§ 269 SGB V)**

(Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

#### **Zu Nummer 77a – neu – (§ 275 SGB V)**

(Begutachtung und Beratung)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass es zu den Tätigkeitsfeldern des Medizinischen Dienstes gehört, die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durchzuführen, wenn ihn der erweiterte Landesausschuss hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt. Auch diese Tätigkeit wird durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte nach § 281 Absatz 1a finanziert.

#### **Zu Nummer 78 (§ 284 SGB V)**

(Sozialdaten bei den Krankenkassen)

##### **Zu Buchstabe a**

Mit diesen Regelungen werden die Formulierungen aus dem Gesetzentwurf unverändert übernommen.

**Zu Buchstabe b**

Durch die Neuregelung werden die Krankenkassen befugt, versichertenbezogene Angaben über (zahn)ärztliche Leistungen auch auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu speichern, soweit dies für den Zweck der Auskunftserteilung an Versicherte nach § 305 Absatz 1 erforderlich ist (vgl. auch Begründung zur Änderung des § 305 Absatz 1).

**Zu Nummer 80** (§ 295 SGB V)

(Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen)

**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen der fakultativen Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung durch vertragsärztliche Leistungserbringer mit der Abwicklung der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 1 gegen Aufwendungsersatz. Ohne die Datenübermittlungsbezugnis über die Kassenärztliche Vereinigung müsste jeder Leistungserbringer spezifische Datenübermittlungsverfahren mit jeder einzelnen Krankenkasse aufbauen. Über die Regelung lässt sich der Übermittlungsaufwand und die Gefahr von Übermittlungsfehlern der personenbezogenen Daten minimieren.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Richtigestellung.

**Zu Doppelbuchstabe cc – neu –**

Durch die Änderungen wird gewährleistet, dass die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) nach § 118 möglichst kurzfristig durch eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation erfasst werden können. Eine bundeseinheitliche PIA-Leistungsdokumentation ist Voraussetzung dafür, den nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG bestehenden Prüfauftrag der Einbeziehung der Leistungen der PIAs in das neue Psych-Entgeltsystem datengestützt durchführen zu können. Eine bundeseinheitliche Erfassung der PIA-Leistungen anstelle der bestehenden landesunterschiedlichen Leistungsdokumentation ist erforderlich, damit unterschiedliche und übereinstimmende PIA-Leistungen erkennbar werden. Nur auf der Grundlage einer aussagefähigen Leistungsdokumentation ist auch eine Erfüllung des Prüfauftrags bzw. eine belastbare Kalkulation der Kosten dieser Leistungen möglich.

Als Grundlage für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Leistungsdokumentation durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) könnte der in Bayern angewendete Leistungskatalog dienen, der auch als Grundlage in verschiedenen anderen Ländern zur Anwendung kommt. Hinsichtlich des regionalen Einsatzbereiches werden nach Schätzungen hiervon bereits heute ein Drittel aller PIA-Leistungen erfasst.

Satz 4 zweiter Halbsatz beauftragt die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG zudem damit, zu vereinbaren, ob der Prüfauftrag zur Einbeziehung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen in das neue

Psych-Entgeltsystem (§ 17d Absatz 1 Satz 3 KHG) sachgerecht auf der Grundlage der Leistungsdaten einer Vollerhebung der Psychiatrischen Institutsambulanzen umzusetzen ist oder ob und in welcher Weise der Prüfauftrag auch ohne Einschränkungen auf der Grundlage der Daten aus einer repräsentativen Stichprobe erfüllt werden kann. Die Fragestellung ist ebenfalls bis spätestens zum 30. April 2012 zu klären. Bei einer Stichprobe sind Unterschiede im Leistungsspektrum der PIAs zwischen den Bundesländern aber auch innerhalb der Bundesländer zu berücksichtigen. Gelingt eine Einigung nicht, so kann nach dem neuen Satz 7 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG angerufen werden.

**Zu Doppelbuchstabe dd – neu –**

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 KHG haben nach Satz 4 erster Halbsatz die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen PIA-Leistungsdokumentation bis spätestens zum 30. April 2012 zu vereinbaren. Neben der in erster Linie zu klärenden Frage einer bundeseinheitlichen Leistungsbeschreibung sind insbesondere auch spezifische datentechnische Fragen für eine zeitnahe Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG an die DRG-Datenstelle zu klären. Hierfür übernimmt Satz 5 den Inhalt des bisherigen zweiten Halbsatzes des Satzes 4. Die vereinbarte bundeseinheitliche Leistungsdokumentation gilt auch für die auf Abrechnungszwecke bezogene Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 4, wonach das Nähere über Form und Inhalt der an die Kassen zu liefernden Abrechnungsunterlagen durch die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 zu vereinbaren ist. Sofern den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation nicht gelingt, entscheidet nach Satz 6 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG innerhalb von sechs Wochen. Ein zügiger Vereinbarungs- und Konfliktlösungsprozess sowie eine zeitnahe datentechnische Umsetzung sind erforderlich, damit eine bundeseinheitliche Erfassung der PIA-Leistungen bereits im Jahr 2013 beginnen kann. Der DRG-Datenstelle werden diese Daten nach § 21 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG jedoch erst zum 31. März 2014 erstmals vorliegen. Da bei der Behandlung psychisch kranker Menschen datenschutzrechtlich sensible Daten entstehen können, ist der Leistungskatalog im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu vereinbaren. Die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ist nach Satz 7 auch anzurufen, wenn eine Einigung zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene zur Datengrundlage und zur Durchführung einer sachgerechten Erfüllung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG nicht gelingt.

**Zu Buchstabe b****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Entspricht dem bisherigen Buchstabe b von Nummer 80.

**Zu Buchstabe c**

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Anpassungen an § 116b sowie um Folgeänderungen zur fakultativen Beauf-

tragung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch vertragsärztliche Leistungserbringer mit der Abwicklung der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 1 gegen Aufwendungsersatz.

#### **Zu Buchstabe d**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung stellt klar, dass die Vereinbarung der Vertragspartner der Bundesmantelverträge über das Nähere zu den Einzelheiten der Datenübermittlung auch einheitliche Datensatzstrukturen umfasst und schafft damit die Voraussetzungen für eine bundesweite Vereinheitlichung der Datenformate bei der Übermittlung der Daten nach den §§ 296 und 297 von den Krankenkassen an die 17 Prüfungsstellen. Dies führt zu effizienteren Arbeitsabläufen. Damit wird auch einem Anliegen des Bundesrates entsprochen.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Entspricht dem Gesetzentwurf.

#### **Zu Nummer 80a – neu – (§ 299 SGB V)**

(Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung)

In der Vorschrift des § 299, deren Regelungszweck die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung ist, werden die diesbezüglichen Befugnisse und Pflichten der Leistungserbringer und Krankenkassen nunmehr gebündelt und abschließend geregelt.

#### **Zu Buchstabe a**

Da neben den Rechten und Pflichten der Leistungserbringer im Umgang mit personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung (Absatz 1) erstmals in Absatz 1a solche für die Krankenkassen geschaffen werden, wird auch Absatz 1 Satz 1 aus Gründen der Systematik und der Vergleichbarkeit der Regelungsgegenstände sowie zur Beseitigung bestehender Rechtsunklarheiten neu gefasst. Dabei wird die Funktion des Absatzes 1 Satz 1 als Befugnis- und Verpflichtungsnorm für Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen der Leistungserbringer zu Qualitätssicherungszwecken deutlicher herausgestellt.

Der Begriff der „Sozialdaten“ wird durch die neue Formulierung der „personen- oder einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und Leistungserbringer“ abgelöst, um auch Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen der Leistungserbringer, die bereits nach bisherigem Recht erkennbar erfasst sein sollten, aber nicht unter den Begriff der „Sozialdaten“ subsumiert werden konnten (z. B. krankenhaushaus- oder praxisbezogene Daten wie etwa bestimmte Labor- oder Röntgenbefunde), in die Regelung des Absatzes 1 einzubeziehen. Leistungserbringer sind neben den Vertrags(zahn)ärzten, medizinischen Versorgungszentren und zugelassenen Krankenhäusern die Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen. Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf die personen- oder einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer werden Unsicherheiten beseitigt, ob sich aus der Regelung des § 299 auch Befugnisse im Hinblick auf

den Leistungserbringerbezug ableiten lassen. Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich aus dem Zweck der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, die ohne den Leistungserbringerbezug keine vergleichende Qualitätsmessung und -bewertung vornehmen kann. Darüber hinaus unterliegen die Leistungserbringer aufgrund ihrer Einbindung und Funktion im Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung in besonderem Maße gesetzlichen Pflichten. Die Verwendung einrichtungsbezogener Daten bei der Qualitätssicherung ist im Hinblick auf die überwiegenden Interessen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Patientinnen und Patienten an einer Verbesserung der Versorgung und einer Erhöhung der Patientensicherheit gerechtfertigt.

Das bisher in § 135a Absatz 2 Satz 2 vorgesehene und nunmehr dem Regelungsinhalt des § 299 zuzuordnende „zur Verfügung stellen“ von Daten durch die Leistungserbringer wird an legaldefinierte datenschutzrechtliche Fachbegriffe angepasst.

In Satz 2 und damit vor den zwischen dem Stichprobenverfahren und der Vollerhebung differenzierenden Regelungen in den Sätzen 4 bis 6 wird für alle Qualitätssicherungsverfahren klargestellt, dass in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen sind. Das bedeutet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit und der Datensparsamkeit zu entscheiden hat, welchen Stellen er im Bereich der Qualitätssicherung Funktionen zuerkennt und welche Daten an diese zu übermitteln sind. Die Neuregelung gibt im Unterschied zur bisherigen Regelung in § 135a Absatz 2 Satz 2 den Empfänger der Daten nicht gesetzlich vor, sondern eröffnet dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit, selbst festzulegen, an wen die Daten im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu übermitteln sind. Dies hat den Vorteil, dass das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits in seiner Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beschlossene Datenflussmodell, das keine Datenübermittlung vom Leistungserbringer an die Institution nach § 137a Absatz 1 vorsieht, mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang gebracht wird, und dass zukünftige Änderungen im Datenflussmodell nicht automatisch gesetzgeberischen Änderungsbedarf auslösen.

Satz 3 konkretisiert in Bezug auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Daten den Rahmen für dessen Entscheidung und gibt maßgebliche Kriterien für die Auswahl vor. Danach hat der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere die Daten für Zwecke der Qualitätssicherung zu bestimmen, die auf der Grundlage geeigneter Qualitätsindikatoren für eine Ermittlung und anschließende Bewertung der Versorgungsqualität von Diagnostik oder Therapie erforderlich sind. Dazu zählen nach der Regelung u.a. Daten, die Aufschluss geben über Begleiterkrankungen oder Komplikationen und Daten, die für die Beurteilung der Sterblichkeit notwendig sind. Aber auch Daten, die benötigt werden, um die Validität der Qualitätserhebungen zu prüfen oder eine sachgerechte Risikoadjustierung der Ergebnisse vorzunehmen, können vom Gemeinsamen Bundesausschuss einbezogen werden. Entscheidend für die Festlegung der

Daten ist, dass diese für die konkrete Maßnahme der Qualitätssicherung in einem Versorgungsbereich aus medizinischer oder methodischer Sicht erforderlich sein müssen.

Durch die Neuregelung in § 91 Absatz 5a wird sichergestellt, dass datenschutzrechtliche Aspekte im Entscheidungsprozess frühzeitig berücksichtigt werden. Diese sieht vor, dass bei Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

#### **Zu Buchstabe b**

In Absatz 1a werden erstmals die Krankenkassen gesetzlich legitimiert und verpflichtet, bestimmte nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobene und gespeicherte versicherten- und einrichtungsbezogene Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung an den in den Richtlinien festgelegten Empfänger zu übermitteln. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, im Prozess der Qualitätssicherung auf Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen zurückzugreifen, soweit diese Rückschlüsse auf die Qualität der Leistungserbringung ermöglichen (z. B. Abrechnungsdaten zu Komplikationen einer Behandlung). Dieser Rückgriff steht allerdings unter der Voraussetzung der Erforderlichkeit für die konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung. Eine entsprechende Richtlinienregelung ist zulässig, wenn sich nach Abwägung der maßgeblichen Aspekte wie Nutzen und Informationsgewinn dieser Daten, Ersparnis gesonderter Datenerhebungen bei weiteren Stellen, Reduzierung von Verwaltungsaufwand und Bestehen weniger eingreifender Alternativen der Informationsbeschaffung sich die konkret vorgesehenen Datenübermittlungen der Krankenkassen als vorzugwürdiges Ergebnis erweisen. Entsprechende Erwägungen müssen im Richtlinienbeschluss zum Ausdruck kommen.

#### **Zu Buchstabe c**

Die in Bezug auf die Leistungserbringer eingefügte Verweisung auf § 135a Absatz 2 dient der Konkretisierung.

#### **Zu Buchstabe d**

Der neue Absatz 2a löst ein Problem, das sich bei der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bei der Verfolgung von Behandlungsverläufen im Hinblick auf die Wiedererkennung von einbezogenen Fällen stellt. Bei Pseudonymisierungsverfahren, die auf der Grundlage der neuen lebenslangen Krankenversichertennummer durchgeführt werden sollen, ergeben sich Schwierigkeiten, wenn die Beteiligten zum Teil auf alte Krankenversichertennummern zurückgreifen, die noch keinen unveränderbaren lebenslang gültigen Teil enthalten. Ursache dafür ist, dass für eine nicht unerhebliche Zahl der Versicherten noch keine Krankenversichertenkarten mit der gesetzlich vorgesehenen Nummer ausgestellt sind. Spätestens mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird jedoch für alle Versicherten die neue Krankenversichertennummer auf der Karte gespeichert sein. Deshalb wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit dieser Regelung die Möglichkeit gegeben, für diesen Zeitraum ein Übergangsverfahren

zu regeln. In diesem Fall hat er in den Richtlinien eine räumlich, organisatorisch und personell eigenständige Stelle zu bestimmen, bei der ein Abgleich der beiden Nummern erfolgen kann. Diese unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 Absatz 1 des Ersten Buches. An sie haben die Krankenkassen für die in Qualitätssicherungsverfahren einbezogenen Versicherten die alte und die neue Krankenversichertennummer zu übermitteln. Weitere Daten, wie z. B. Name und Anschrift der Versicherten, dürfen nicht mitgeteilt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss die Dauer der Übergangsregelung in den Richtlinien festlegen. Spätestens mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist das Verfahren zu beenden und die Löschung sämtlicher daraus resultierender Datenbestände bei der unabhängigen Stelle vorzusehen.

#### **Zu Buchstabe e**

Mit der Regelung, dass für die unabhängige Stelle nach Absatz 3 § 35 Absatz 1 des Ersten Buches entsprechend gilt, soll sichergestellt werden, dass dort das gleiche Datenschutzniveau besteht wie bei den Stellen, die dem Sozialgeheimnis unterliegen.

#### **Zu Nummer 83 (§ 303e Absatz 1 SGB V)**

(Datentransparenz – Datenverarbeitung und -nutzung)

Zu den Aufgaben der Heilberufskammern gehört auch, auf eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung insbesondere im Zusammenhang mit Regelungen zur Aus- und Fortbildung und zur Qualitätssicherung hinzuwirken. Darüber hinaus fördert die Bundesärztekammer Projekte zur Versorgungsforschung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist in vielen Bereichen Partner der Selbstverwaltung, in denen nicht nur wirtschaftliche Interessen der Krankenhäuser betroffen sind (z. B. bei einigen im G-BA zu beratenden Fragestellungen).

Die Ergänzung um die ausdrückliche Nennung der Heilberufskammern und der Deutschen Krankenhausgesellschaft führt nicht dazu, dass nur die ausdrücklich erwähnten Institutionen zum Kreis der Nutzungsberechtigten gehören. Soweit nicht explizit aufgeführte Institutionen unter die Nummern 5, 6, 7, 8 oder 13 subsumiert werden können, sind auch diese als Nutzungsberechtigte anzusehen.

#### **Zu Nummer 83a – neu – (§ 305 SGB V)**

(Auskünfte an Versicherte)

#### **Zu Buchstabe a**

Durch die Neuregelung wird das Verfahren für die Information der Versicherten über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten durch die Krankenkassen geändert.

Ziel der Regelung ist es, den Versicherten einen möglichst unkomplizierten Zugang zu zeitnahen Informationen über Leistungen und deren Kosten zu ermöglichen.

Die bisherige Formulierung von Satz 1 sah vor, dass die Krankenkassen ihre Versicherten auf deren Antrag über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten informieren. Da es sich bei dem in Frage stehenden Geschäftsjahr nur um das der Krankenkassen

se handelt und dieses in der Regel dem Kalenderjahr entspricht, konnten den Versicherten Daten aus dem laufenden Jahr bisher nicht zur Verfügung gestellt werden.

Um eine zeitnahe Information auch über im laufenden Jahr erbrachte Leistungen, also auch kurz vor Antragstellung, zu ermöglichen und mindestens die Leistungsanspruchnahme von zwölf Monaten abzudecken, wird aufgrund der in manchen Leistungsbereichen möglichen zeitlichen Verzögerung bei der Übermittlung von Abrechnungen durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen ein Zeitraum von 18 Monaten vor Antragsstellung gewählt. Für diesen Zeitraum erhält der Versicherte einen Anspruch auf Information durch die Krankenkasse.

Daneben wird mit dem Abstellen auf einen Mindestzeitraum von 18 Monaten die Möglichkeit geschaffen, dass die Krankenkassen im Rahmen ihrer nach Satz 5 bestehenden Befugnis, das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung in ihrer Satzung zu regeln, ihre Versicherten auch über zeitlich weiter zurückliegende Leistungsanspruchnahmen informieren können. Die Vorgabe eines Mindestzeitraumes von 18 Monaten gewährleistet, dass Krankenkassen diesen Zeitraum in ihren Satzungen nicht unterschreiten können. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen haben im Hinblick auf eine Verlängerung des Zeitraumes des Informationsanspruches der Versicherten über 18 Monate hinaus die gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfristen zu berücksichtigen.

Des Weiteren war im bisherigen Verfahren vorgesehen, dass die Krankenkassen ihre Versicherten nur über die ärztlich veranlassten und verordneten Leistungen direkt informierten. Daneben war es erforderlich, dass die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Informationen über die ärztlich erbrachten Leistungen für jeden Versicherten so an die Krankenkassen übermitteln, dass eine Kenntnisnahme der Krankenkasse bei der Weiterleitung an den Versicherten ausgeschlossen war. Die Möglichkeit der Krankenkasse, für die Kosten- und Leistungsdaten eine versichertenbezogene Gesamtaufstellung der in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten vorzunehmen, sollte vermieden werden.

In der Praxis hat sich jedoch herausgestellt, dass dieses Verfahren für alle Beteiligten, sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, sehr aufwendig ist. Dies trägt dazu bei, dass Versicherte dieses Angebot bisher nur in geringem Maße genutzt haben. Mit der Änderung wird der bürokratische Aufwand bei Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen für die Auskunftserteilung an Versicherte reduziert. Die Krankenkassen können nun auf Anfrage ihrer Versicherten auch die ihnen vorliegenden Daten über die Inanspruchnahme von (zahn)ärztlichen Leistungen unmittelbar für die Information ihrer Versicherten verarbeiten und nutzen.

Gleichzeitig stellt die Änderung jedoch mit dem Gebot der Trennung der Informationen über die (zahn)ärztlich erbrachten Leistungen von der Information über die (zahn)ärztlich veranlassten Leistungen sicher, dass die Krankenkassen auch weiterhin keine versichertenbezogene Gesamtaufstellung der in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten erstellen und davon Kenntnis erlangen können. Darüber hinaus wird sichergestellt, dass die für

die Auskunft nach Satz 1 zusammengestellten Daten ausschließlich für den Zweck der Unterrichtung des Versicherten verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung der Versicherten regeln. Hierzu gehört, dass auch eine internetbasierte elektronische Auskunft für Versicherte angeboten werden kann. Angesichts der besonderen Sensibilität der für die Auskunft verwendeten Sozialdaten sind dabei Sicherheitsmaßnahmen nach dem aktuellen Stand der Technik vorzusehen. Solche Konzepte sollten in enger Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den zuständigen Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder sowie der Aufsicht entwickelt und betrieben werden.

#### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

#### **Zu Nummer 83b – neu – (§ 305b SGB V)**

(Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse)

Durch die Neufassung der Vorschrift werden die bisher schon bestehenden Rechenschaftspflichten der Krankenkassen über die Verwendung ihrer Mittel erweitert und differenziert. Das Ziel der Vorschrift, die Verwendung der Mittel der Krankenkassen für die Versicherten transparent zu machen, wird hierdurch in größerem Umfang erreicht.

Durch die Publikation ihrer Geschäftsergebnisse haben die Krankenkassen Rechenschaft gegenüber ihren Mitgliedern und Versicherten abzulegen sowie die notwendige Transparenz zu schaffen, damit sich Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenkasse umfassend über deren wirtschaftliche Lage informieren können. Zu diesem Zweck werden die Krankenkassen verpflichtet, öffentlich zugängliche Publikationen im Internet vorzunehmen, die die wesentlichen Inhalte der Rechnungslegung für die Versicherten verständlich zusammenfassen. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt. Durch die verbindliche Vorgabe in der Verwaltungsvorschrift wird die Vergleichbarkeit der Rechnungsergebnisse gewährleistet. Den Kassen bleibt es unbenommen, die nach einheitlicher Struktur berichteten Rechnungsergebnisse aus ihrer Sicht zu kommentieren. Die Krankenkassen haben in ihrer Satzung weitere Arten der Veröffentlichung festzulegen, die sicherstellen, dass die entsprechenden Informationen allen Versicherten zugänglich sind (z. B. in der Mitgliederzeitschrift oder zur Einsicht in den Geschäftsstellen).

Die Berichte sollen zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres veröffentlicht werden, damit die Ergebnisse des vom BVA durchgeführten Jahresausgleichs berücksichtigt werden können. Erst mit der Bescheiderteilung des BVA im Rahmen des Jahresausgleichs stehen die Zuweisungen endgültig fest und können korrekt berücksichtigt werden, da sie teilweise in relevanter Größenordnung von den zuvor gebuchten Beträgen, die noch auf Schätzungen beruhen, abweichen.

**Zu Nummer 83c – neu – (§ 313a SGB V)**

(Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008)

Die Regelung wird im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt hat.

**Zu Nummer 84 (§ 321 Satz 2 SGB V)**

(Übergangsregelung zur Weitergeltung der in der RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP))

Es handelt sich um eine notwendige Ergänzung der Übergangsregelung in § 321, wonach die in der RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) solange weitergelten, bis der Gemeinsame Bundesausschuss von der ihm übertragenen Regelungskompetenz nach § 137f Absatz 2 SGB V Gebrauch gemacht hat.

**Zu Artikel 2****Zu Nummer 1**

Der Wortlaut entspricht dem bisherigen Gesetzesentwurf.

**Zu Nummer 2 – neu –**

Die Regelung greift eine Empfehlung des Bundesrechnungshofes auf. Mit der Regelung soll gewährleistet werden, dass die Prüfung der Jahresrechnungen durch qualifizierte, unabhängige Personen vorgenommen wird. Dadurch wird es möglich, dass bei der Prüfung der Jahresergebnisse entsprechende Standards eingehalten werden. Auch dies dient der Herstellung von Transparenz. Die zeitliche Begrenzung der Inanspruchnahme des gleichen Wirtschaftsprüfers beziehungsweise vereidigten Buchprüfers auf fünf Jahre soll zur Unabhängigkeit der Prüfung beitragen.

**Zu Artikel 3****Zu Nummer 1 (§ 66 SGB X)**

(Vollstreckung durch Krankenkassen)

Der Gesetzentwurf sieht vor, auf die Vollstreckung durch die Krankenkassen aus Gründen der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung grundsätzlich Bundesrecht anzuwenden, da sobald eine Krankenkasse außerhalb ihres Bundeslandes vollstrecken wolle, dies in der Praxis zu Problemen führe.

Mit der Ergänzung wird auf Anregung des Bundesrates klargestellt, dass der vorgestellte Änderungsbedarf nicht besteht, soweit eine Krankenkasse sich nur auf den Bereich eines Bundeslandes erstreckt. Zwar kann nach dem Gesetzentwurf die jeweilige Kasse weiterhin Vollstreckungsbehörde sein. Es ändern sich jedoch die vollstreckungsrechtlichen Grundlagen. Dies hätte einen erheblichen Umstellungs- und Schulungsbedarf zur Folge, dem kein entsprechender Nutzen gegenüberstünde.

**Zu Artikel 4****Zu Nummer 01 – neu – (§ 25 SGB XI)**

(Verlängerung der Familienversicherung)

Die Regelung stellt in der (sozialen und privaten) Pflegeversicherung – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung – die Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf die Verlängerungstatbestände der Familienversicherung nach § 25 sicher. Damit führen neben der Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht ab dem 1. Juli 2011 auch Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder eines vergleichbaren Freiwilligendienstes (zum Beispiel Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer) zur Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus.

**Zu Nummer 3 – neu – (§ 60 SGB XI)**

(Prüfung Direktzahler für die Pflegeversicherungsbeiträge)

Mit Einführung des Gesundheitsfonds hat der Gesetzgeber mit der Regelung in § 251 Absatz 5 Satz 2 SGB V dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds die Berechtigung zur Prüfung der Beitragszahlungen der sogenannten Direktzahler übertragen. Das Bundesversicherungsamt wird nunmehr ermächtigt, mit deren Zustimmung eine Krankenkasse oder einen Landesverband die Durchführung der Prüfung wahrnehmen zu lassen. Beides, die Prüfzuständigkeit und die Ermächtigung, soll nun auch in Ansehung der Pflegeversicherungsbeiträge gelten, da die Beiträge zur Pflegeversicherung in den angesprochenen Fällen gleichzeitig mit den Beiträgen zur Krankenversicherung an den Ausgleichsfonds gezahlt werden. Ebenso wie im Fünften Buch wird auch im Elften Buch durch die Verweisung auf § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 SGB V eine klare datenschutzrechtliche Grundlage für die Beauftragung von Krankenkassen oder Landesverbänden der Krankenkassen geschaffen.

**Zu Artikel 5****Zu Nummer 2a – neu – (§ 51 KVLG 1989)**

(Rücklagenbildung bei Krankenkassen)

Folgeänderung zur Änderung des § 261 Absatz 4 SGB V.

**Zu Nummer 3 – neu – (§ 56 KVLG 1989)**

(Rechenschaft über Verwendung der Mittel)

Mit der Neufassung des § 305b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden die bestehenden Rechenschaftspflichten der Krankenkassen über die Verwendung ihrer Mittel erweitert, um die notwendige Transparenz zu schaffen, damit sich Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenkasse umfassend über deren wirtschaftliche Lage informieren können. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind von dieser Regelung ausgenommen, weil für sie das Krankenkassenwahlrecht nicht gilt. Mit der Änderung des § 56 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) wird sichergestellt, dass die bisher für die landwirtschaftlichen Krankenkassen geltenden Rechenschaftspflichten auch weiterhin Anwendung finden.

**Zu Artikel 6 Nummer 1a – neu – (§ 17 KHG)**

(Entgeltbindung bei Ausgründung von Privatkliniken)

Eine Reihe von Krankenhausträgern hat in den letzten Jahren in den allgemeinen Krankenhausbetrieb integrierte oder

in räumlicher Nähe des Krankenhauses als Privatkliniken tätige Tochtergesellschaften ausgegründet, in die die Behandlung von Privatpatienten „verlagert“ wird. Diese derartig mit einem Plankrankenhaus verbundenen Einrichtungen unterliegen nach geltendem Recht (Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, Beschluss vom 21. April 2011 – III ZR 114/10) auch dann nicht dem Entgeltrecht für allgemeine Krankenhausleistungen, wenn und soweit diese weitgehend identische Leistungen erbringen wie das Plankrankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags für gesetzlich versicherte Patienten. In den ausgegründeten Einrichtungen werden bei der Behandlung von privat Versicherten für allgemeine Krankenhausleistungen regelmäßig deutlich höhere Entgelte verlangt als jene, die im Plankrankenhaus verlangt werden dürften. Dies führt im Ergebnis zu einer unzumutbaren Belastung von Privatpatienten als Beitragszahler und von privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie Beihilfekostenträgern. Generell erstreckt sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses auch auf die Krankenhausbehandlung von Privatpatienten. Um vor diesem Hintergrund die missbräuchliche Ausgründung von Privatkliniken zur Erzielung von Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen zu vermeiden, die entsprechende Entgelte nach dem Krankenhausentgeltrecht bei Behandlung im Plankrankenhaus überschreiten, bedarf es der gesetzlichen Verankerung einer entsprechenden Entgeltbindung für solche ausgegründeten Einrichtungen, die in räumlicher Nähe zu dem Plankrankenhaus liegen. Diese räumliche Nähe einer Einrichtung zum Plankrankenhaus ist regelmäßig dann gegeben, wenn die Einrichtung z. B. auf dem gleichen Gelände oder in geographischer Nähe zum Plankrankenhaus (z. B. „Nachbarschaftsgelände“) angesiedelt ist. Die organisatorische Verbindung zwischen Einrichtung und Plankrankenhaus liegt regelmäßig dann vor, wenn diese durch rechtliche Grundlagen wie z. B. über eine gemeinsame Trägerschaft verankert ist oder in sonstiger organisatorischer Weise besteht (z. B. durch Nutzung des gleichen Personals oder durch Nutzung von gemeinsamer Infrastruktur).

Die Maßnahme verhindert, dass Krankenhausträger von nicht GKV-Versicherten, die in mit einem Plankrankenhaus verbundenen Einrichtungen in räumlicher Nähe dieses Krankenhauses behandelt werden, für allgemeine Krankenhausleistungen höhere Entgelte verlangen können als für gesetzlich Krankenversicherte, die im Plankrankenhaus behandelt werden. Sie stellt auf diese Weise sicher, dass PKV-Unternehmen und deren Versicherte als Beitragszahler nicht unzumutbar für allgemeine Krankenhausleistungen, die sich von den Leistungen für die übrigen Krankenhauspatienten nicht unterscheiden, mit höheren Entgelten belastet werden.

Die Regelung berücksichtigt damit auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009 (Az. – 1 BvR 706/08 u. a.), in der das Gericht anerkannt hat, dass aufgrund der Einführung der Versicherungspflicht sowie mit dem für den Basistarif geltenden Kontrahierungszwang auch in der privaten Krankenversicherung eine Verantwortlichkeit des Gesetzgebers dafür besteht, dass die privaten Krankenversicherer beziehungsweise die dort Versicherten nicht in unzumutbarer Weise belastet werden. Gesetzliche und private Krankenversicherung sollen vielmehr als jeweils eigene Säule für die ihnen zugewiesenen Personenkreise einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in so-

zialen Bedarfssituationen sicherstellen. Dies ist insbesondere auch durch die Einkommensstruktur der Privatversicherten mit vielen Beziehern kleinerer und mittlerer Einkommen vor allem unter Selbständigen, Beihilfeberechtigten und Rentnern begründet. In allen von der gesetzlichen Versicherungspflicht umfassten Versicherungsverhältnissen besteht die staatliche Gewährleistungsverantwortung für eine zweckmäßige und kostengünstige Gesundheitsversorgung. Hierzu gehört auch, dass alle Versicherten – unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zur privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung – zu sozial tragbaren Pflegesätzen Zugang zu allgemeinen Krankenhausleistungen haben. Zudem entspricht es sozialstaatlichen Erwägungen, dass privat versicherte Personen, die gesetzlich zu einer Absicherung im Krankheitsfall verpflichtet sind, für allgemeine Krankenhausleistungen nicht mit höheren Kosten belastet werden als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig wird mit der Regelung vermieden, dass Krankenhausträger die in der GKV geltenden kostenbegrenzenden Regelungen durch höhere Preise für Selbstzahler, also im Wesentlichen für privat Versicherte und Beihilfeberechtigte, kompensieren.

Kostenträgern (im Wesentlichen PKV und Beihilfe) und Privatpatienten als Beitragszahler stehen keine angemessenen alternativen Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung, um überhöhten Preisforderungen durch Krankenhausträger zu entgehen, die die oben genannten Ausgründungen betreiben. Ein Verbot der Gründung von Privatkliniken ist mit der Regelung andererseits nicht verbunden. Krankenhausträger können vielmehr weiterhin entsprechende Ausgründungen betreiben, dürfen aber dort jedenfalls in räumlicher Nähe zum von ihnen getragenen Plankrankenhaus keine höheren als die nach Krankenhausentgeltrecht zulässigen Entgelte verlangen.

Die Preise für ärztliche Wahlleistungen bleiben von der Regelung unberührt. Nichtärztliche Wahlleistungen der von der Regelung erfassten Privatkliniken dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den allgemeinen Krankenhausleistungen stehen und unterliegen der Kontrolle nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes. Nichtärztliche Wahlleistungen der von der Regelung erfassten Privatkliniken können Gegenstand spezifischer Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemäß 17 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sein.

## **Zu Artikel 7**

### **Zu Nummer 2** (§ 21 KHEntgG)

(Erweiterung der Nutzungszwecke der den Ländern bereit gestellten Daten nach § 21 KHEntgG)

### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung entspricht der Fassung des Gesetzentwurfs.

### **Zu Buchstabe b**

Da den Ländern über die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums Kompetenzen im Rahmen der Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen übertragen werden, werden durch Doppelbuchstabe aa ihre Entscheidungsgrundlagen durch entsprechend erweiterte

Nutzungsmöglichkeiten der ihnen bereits für Zwecke der Krankenhausplanung bereitgestellten, nicht mehr personenbeziehbaren Daten ergänzt, sofern sie nach landesrechtlichen Bestimmungen ein gemeinsames Landesgremium gebildet haben, das diese Empfehlungen ausspricht. Die von der DRG-Datenstelle an die zuständigen Landesbehörden übermittelten Daten dürfen ausschließlich zu Zwecken der sektorenübergreifenden Versorgungsfragen genutzt werden.

Doppelbuchstabe bb zielt darauf ab, die datenschutzrechtlichen Anforderungen auch im Zusammenhang mit den entsprechend erweiterten Nutzungsrechten der Länder zu gewährleisten. Da es sich bei den Daten im Einzelfall um den Sozialdaten gleichstehende Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhäuser handeln kann, haben die Länder unter Einbeziehung des Landesdatenschutzbeauftragten in einer Verordnung das Nähere zur Datennutzung zu regeln, insbesondere auch zur Wahrung von Betriebsgeheimnissen der Krankenhäuser. Erlaubt wird ausschließlich die Nutzung der Daten. Nutzen ist jede Verwendung von Sozialdaten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt, auch die Weitergabe innerhalb der verantwortlichen Stelle (§ 67 Absatz 7 SGB X). Unter Nutzen fällt damit nicht das Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Sozialdaten (§ 67 Absatz 7 i.V.m. Absatz 6 Satz 1 SGB X). Eine vollständige oder teilweise Übermittlung einzelner Datensätze, die Betriebsgeheimnisse enthalten, an das gemeinsame Landesgremium ist damit nicht zulässig. In diesen Fällen ist eine entsprechende Aufbereitung der Daten durch die zuständige Landesbehörde erforderlich.

#### **Zu Artikel 9 Nummer 8 Buchstabe b** (§ 24 Ärzte-ZV)

(Zweigpraxis – Fachidentität mit dem Hauptsitz der Praxis, Anforderungen an die Verteilung der Sprechstundenzeiten)

Der Änderungsbefehl unter Doppelbuchstabe aa entspricht dem bisherigen Änderungsbefehl unter Buchstabe b im Geszentwurf.

Hintergrund der Änderung unter Doppelbuchstabe bb ist, dass in der Vergangenheit in der Rechtsprechung als prägendes Merkmal einer Zweigpraxis angesehen worden ist, dass das dortige Angebot an technischen und persönlichen Leistungen, in ähnlicher Weise wie am Praxissitz zur Verfügung steht (BSG-Urteil vom 12. September 2001 – B 6 KA 64/00 R). In der Praxis ist nicht geklärt, inwiefern dies auch noch nach den u. a. mit dem Vertragsarztsänderungsgesetz in Kraft getretenen Änderungen und auch bezogen auf medizinische Versorgungszentren gelten sollte, sodass nach uneinheitlichen Maßstäben verfahren wird. Mit der Änderung wird klargestellt, dass vertragsarztrechtlich ein ähnliches Leistungsangebot an der Zweigpraxis wie am Vertragsarztsitz im Grundsatz nicht erforderlich ist, und dass vertragsarztrechtlich in Zweigpraxen auch Ärzte einer Fachrichtung tätig sein können, die nicht am Hauptsitz der Praxis vertreten sind. Die Bundesmantelvertragspartner erhalten jedoch die Möglichkeit, Ausnahmen von diesem Grundsatz zu regeln. Dadurch wird eine einheitliche Umsetzung gewährleistet.

Gleichzeitig wird klargestellt, dass Vorgaben für Mindest- und Höchstzeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit am Vertragsarztsitz und in der Zweigpraxis nicht auf den einzelnen in einem medizinische Versorgungszentrum tätigen Arzt,

sondern ausschließlich auf den Versorgungsauftrag des medizinischen Versorgungszentrums zu beziehen sind (vgl. § 17 Absatz 1a des Bundesmantelvertrags – Ärzte). Dass ein Arzt auch ausschließlich in einer Zweigpraxis tätig sein kann, ergibt sich bereits aus der in Satz 5 des geltenden Rechts getroffenen Regelung, nach der ein Vertragsarzt einen Arzt für die Tätigkeit in der Zweigpraxis anstellen kann. Gleichwohl sind die im Bundesmantelvertrag getroffenen Regelungen in der Rechtsprechung teilweise auf den in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen einzelnen Arzt bezogen worden (vgl. BSG-Urteil vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 12/10 R). Daher bedarf es der vorgesehenen Klarstellung.

Bei den Änderungen unter den Doppelbuchstaben cc und dd handelt es sich um Folgeänderungen zu der Änderung in Doppelbuchstabe bb.

#### **Zu Nummer 13** (§ 33 Ärzte-ZV)

(Berufsausübungsgemeinschaft, Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt)

§ 18 Absatz 1 der Musterberufsordnung sieht vor, dass Teil-Berufsausübungsgemeinschaften nicht mit dem Ziel einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt gegründet werden dürfen. Mit der Ergänzung des § 33 Absatz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, die eine in der Sache entsprechende Regelung in das Vertragsarztrecht übernimmt, wird die bislang im Geszentwurf vorgesehene Formulierung stärker an die entsprechende Formulierung in der Muster-Berufsordnung und entsprechenden Formulierungen in den auf Landesebene ergangenen Berufsordnungen angeglichen, um damit neue Auslegungsfragen zu vermeiden. Die Neuformulierung übernimmt auch den im bisherigen Satz 3 geregelten Sachverhalt. Sozialversicherungsrechtlich zulässigen und erwünschten Formen der Kooperation steht die Regelung nicht entgegen.

#### **Zu Artikel 10**

##### **Zu Nummer 8 Buchstabe b** (§ 24 Zahnärzte-ZV)

(Zweigpraxis – Fachidentität mit dem Hauptsitz der Praxis, Anforderungen an die Verteilung der Sprechstundenzeiten)

Auf die Begründung zum Änderungsantrag zu Artikel 9 Nummer 8, der eine Parallelregelung zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte enthält, wird Bezug genommen.

##### **Zu Nummer 12 – alt** – (§ 33 Zahnärzte-ZV)

(Berufsausübungsgemeinschaft, Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt)

Die Zuweisung von Patienten an Ärzte, die überweisungsgebundene Leistungen erbringen, hat im zahnärztlichen Bereich kaum praktische Bedeutung. Dass Teil-Berufsausübungsgemeinschaften mit dem Ziel der Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gegründet würden, ist aus dem zahnärztlichen Bereich nicht bekannt. Dementsprechend enthält die Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer – im Gegensatz zur Musterberufsordnung für Ärzte – keine Regelung zur Umgehung des Verbots der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt durch die Gründung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft. Auch eine entsprechende vertragszahnarztrechtliche Regelung hätte

keinen erkennbaren Anwendungsbereich, sodass auf die vorgesehene Änderung verzichtet werden kann.

### **Zu Artikel 11**

(Folgeänderungen in § 3 und Klarstellung in § 28d RSAV)

#### **Zu Nummer 1**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des Erfordernisses einer Wiedenzulassung der Programme und der damit einhergehenden Aufhebung von § 28g Absatz 5. Aufgrund der Einführung der regelhaften unbefristeten Zulassung endet die Zulassung eines Programms zukünftig nicht mehr durch Fristablauf, sondern insbesondere durch eine Aufhebung der Zulassung durch das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 SGB V oder durch einen Verzicht der Krankenkasse auf die Zulassung.

##### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Anlagen.

#### **Zu den Nummern 2 bis 10**

Die bisherigen Nummern 1 bis 9 des Artikels 11 werden die Nummern 2 bis 10 und bleiben im Übrigen unverändert bis auf die Änderung in der bisherigen Nummer 2 (§ 28d).

#### **Zu Nummer 3 Buchstabe b**

Die Änderung dient der Klarstellung des Regelungsziels, dass zukünftig hinsichtlich der Erstdokumentation auf das Unterschriftserfordernis verzichtet wird. Das Erstellen einer Erstdokumentation bleibt dagegen weiterhin Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm. Die Erstdokumentation bedarf zu Ihrer Gültigkeit zukünftig aber nicht mehr der zusätzlichen Unterschrift des Arztes bzw. es bedarf keiner gesonderten schriftlichen Bestätigung des Datums der Erstellung der Erstdokumentation mehr. Damit wird das Verfahren bei der Erstellung der Erstdokumentation an die schon bisher gängige und geübte Praxis für die Folgedokumentationen, die auch ohne Unterschrift als gültig akzeptiert werden, angeglichen. Dieses Regelungsziel wird durch die Streichungen in § 28d Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c und des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e erreicht. Hierzu bedarf es nicht der ursprünglich vorgesehenen Streichung des Wortes „Erstdokumentation“ in § 28d Absatz 1 Nummer 1, die zu einem gänzlichen Wegfall der Erstdokumentation als Einschreibevoraussetzung geführt hätte.

#### **Zu Artikel 12 – neu –**

(Folgeänderungen in der Ausschussmitglieder-Verordnung aufgrund der Änderung des Berufungsverfahrens der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 91 Absatz 2 SGB V)

#### **Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 91 Absatz 2 SGB V.

#### **Zu Nummer 2**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Berufungsverfahrens der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses und deren Stellvertreter in § 91 Absatz 2 SGB V. Die Niederlegung des Amtes des Vorsitzenden ist wie bisher nach § 4 Satz 2 bereits unmittelbar dem Bundesministerium für Gesundheit gegenüber zu erklären. Damit das aufsichtführende Bundesministerium für Gesundheit darüber hinaus auch über das vorzeitige Ausscheiden eines Stellvertreter des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, eines anderen unparteiischen Mitglieds oder dessen Stellvertreters aus seinem Amt informiert ist, wird eine entsprechende Unterrichtungspflicht des Vorsitzenden eingeführt. Dies dient der ordnungsgemäßen Durchführung des Nachbenennungsverfahrens.

#### **Zu Artikel 13 – neu –**

(Großhandelszuschlag)

Es wird klargestellt, dass die Großhandelszuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung einschließlich der Vorschriften zu den Möglichkeiten der Gewährung von Rabatten an Apotheken auch im Direktvertrieb von pharmazeutischen Unternehmern an Apotheken oder durch andere natürliche oder juristische Personen gelten.

Die Vorschriften zur Höhe der Großhandelszuschläge und zum Rabattverbot gelten für den Großhandel mit Arzneimitteln (§ 78 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes – AMG – in Verbindung mit § 2 der Arzneimittelpreisverordnung). Nach § 4 Absatz 22 AMG ist Großhandel mit Arzneimitteln „jede berufs- und gewerbsmäßige zum Zwecke des Handeltreibens ausgeübte Tätigkeit, die in der Beschaffung, der Lagerung, der Abgabe oder Ausfuhr von Arzneimitteln besteht“. Für jede Tätigkeit des Großhandels im Sinne dieser Begriffsbestimmung gilt dementsprechend die Preisbindung nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung in Verbindung mit § 78 Absatz 1 AMG. Der Großhandelsbegriff des AMG stellt auf die Wahrnehmung der Großhandelsfunktion ab, die grundsätzlich auch von pharmazeutischen Unternehmern wahrgenommen werden kann. Daher gilt der Großhandelszuschlag nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung für alle Unternehmen, die Großhandelsfunktionen ausüben, damit beispielsweise auch für pharmazeutische Unternehmer im Direktvertrieb oder für Apotheken, die entsprechende wirtschaftliche Betätigungen wahrnehmen. Das Gewähren von Rabatten auf den fixen Großhandelszuschlag ist in den oben genannten Konstellationen demnach unzulässig. Dies wird mit der vorliegenden Regelung klargestellt.

Bei Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels an eine Apotheke mit Großhandelserlaubnis kommt es dementsprechend darauf an, ob die Apotheke ihrerseits diese Arzneimittel in Ausübung der Großhandelsfunktion tatsächlich an Dritte abgibt. Apotheken, die Arzneimittel zur Abgabe an den Verbraucher erhalten, üben die Großhandelsfunktion nicht aus, so dass die Gewährung von Rabatten auf den fixen Großhandelszuschlag von 70 Cent je Packung unzulässig ist.

Nach § 2 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung gilt der Großhandelszuschlag bei der Abgabe von Arzneimitteln durch Großhändler an Apotheken und damit nicht für den

Zwischenverkauf zwischen Großhändlern auf gleicher Handelsstufe.

#### **Zu Artikel 14 – neu –**

(Haftung nach kassenartübergreifenden Vereinigungen)

##### **Zu Nummer 1**

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Versehens.

##### **Zu Nummer 2**

Durch die Änderung soll vermieden werden, dass Krankenkassen, die aus einer kassenartenübergreifenden Vereinigung hervorgegangen sind, überproportional zur Haftung für die Verbindlichkeiten einer geschlossenen Krankenkasse einer anderen Kassenart herangezogen werden.

Krankenkassen, die an einer kassenartenübergreifenden Vereinigung beteiligt waren, haften anteilig für die Verbindlichkeiten einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse einer anderen Kassenart, wenn an der Vereinigung eine Krankenkasse dieser Kassenart beteiligt war. Dabei richtet sich der Haftungsanteil nach dem Mitgliederanteil der Krankenkasse der betroffenen Kassenart an der Gesamtzahl der Mitglieder der aus der kassenartenübergreifenden Vereinigung hervorgegangenen Krankenkasse. Die geltende Regelung berücksichtigt allerdings nicht, dass sich dieser Anteil durch zeitlich nachfolgende weitere Vereinigungen verringern kann. Da eine entsprechende Anpassung des nach der ersten Vereinigung festgestellten Verhältnisses aber nicht vorgesehen ist, würde die Krankenkasse mit einem überproportionalen Mitgliederanteil zur Haftung herangezogen. Um dies zu vermeiden wird vorgesehen, dass der Haftungsanteil nach jeder Vereinigung neu ermittelt wird. Die Änderung beruht auf einem Vorschlag des GKV-Spitzenverbands.

#### **Zu Artikel 15**

##### **Zu Absatz 2**

Entspricht der Regelung im Gesetzentwurf. Die abweichende Inkrafttretensregelung bezieht sich nur auf den bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen § 217f Absatz 6 SGB V. Mit dem Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 66 wird zusätzlich ein neuer Absatz 7 in § 217f angefügt. Dieser tritt zum 1. Januar 2012 in Kraft.

##### **Zu Absatz 4**

Die Änderungen des § 295 Absatz 1b SGB V, die auf die Gewährleistung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation Psychiatrischer Institutsambulanzen abzielen, sollen bereits mit Datum der 3. Lesung in Kraft treten, damit die erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen frühzeitig von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Absatz 2 KHG ergriffen werden.

##### **Zu Absatz 6**

Die Ergänzung bewirkt, dass auch die Regelungen, mit der der Zulassungsausschuss die Aufgabe erhält, vor der Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes in einem übertensorgten Planungsbereich darüber zu entscheiden, ob eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes erforderlich ist, erst zum 1. Januar 2013 in Kraft tritt. Hierdurch wird sichergestellt, dass ein Inkrafttreten dieser Regelung nicht vor den sich aus diesem Gesetz ergebenden Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt (vorgesehen ist insbesondere eine Neugestaltung der Planungsbereiche und eine Anpassung der Verhältniszahlen). Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses, mit der die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen abgelehnt wird, kann somit erst auf der Grundlage einer präziseren Bedarfsplanung, die insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich erscheint, getroffen werden.

##### **Zu Absatz 7 – neu –**

Der neue § 305b SGB V über die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse durch die Krankenkassen gilt ab dem Jahr 2014. Da für die Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen Änderungen in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung erforderlich sind, und um den Krankenkassen nach dem Inkrafttreten der Verwaltungsvorschrift die notwendige Zeit zur Vorbereitung auf die neuen Veröffentlichungspflichten zu geben, soll die Regelung erst zu dem späteren Zeitpunkt in Kraft treten. Sie gilt damit erstmals für die Jahresrechnungsergebnisse 2013. Bis zur Neuregelung gelten die Regelungen des bisherigen § 305b SGB V, die bereits eine Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen bzgl. der Verwendung ihrer Mittel in jährlichem Abstand in den Mitgliederzeitschriften vorsehen.

Die Änderung des § 56 KVLG 1989 tritt zum 1. Januar 2014 in Kraft, damit die vor der Neuregelung des § 305b SGB V geltenden Rechenschaftspflichten für die landwirtschaftlichen Krankenkassen weiter Anwendung finden.

Berlin, den 30. November 2011

**Jens Spahn**  
Berichterstatter

**Heinz Lanfermann**  
Berichterstatter

**Dr. Marlies Volkmer**  
Berichterstatterin

**Dr. Martina Bunge**  
Berichterstatterin

**Dr. Harald Terpe**  
Berichterstatter