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

**Vom 22. Dezember 2011**

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 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) 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.“

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 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,“.

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 Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Kranken-

kassen 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 Wahltarifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von der 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. Dem § 28 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30. Juni 2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

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."

6. Dem § 33 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen."

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. § 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."

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. 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 Angabe „§ 111c besteht" ersetzt.

10. § 47a wird aufgehoben.

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.

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 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) 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.“
    c) In Absatz 5 wird die Angabe „73c“ durch die Angabe „73b, 73c“ ersetzt.
    d) 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 wird wie folgt geändert:
    a) 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.“
    b) In Absatz 8 Satz 8 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2006“ gestrichen.
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.“
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 Verknüp-

fung 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) 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 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 Eigeneinrichtungen 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 erster Halbsatz werden nach dem Wort „Jahre" die Wörter „ , es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt" 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."

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 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 7 Satz 7 wird aufgehoben.

g) 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 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.“

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

20. § 85 wird wie folgt geändert:

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 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 Ver-

tragszahnärzte. 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) 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) 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 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist."

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 „abzubilden" 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.

cc) In Satz 4 wird das Wort „wird" durch das Wort „kann" ersetzt und nach dem Wort „vergütet" das Wort „werden" eingefügt.

e) Absatz 2d wird wie folgt geändert:

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.

f) Absatz 2e wird wie folgt gefasst:

„(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."

g) Absatz 2f wird aufgehoben.

h) Absatz 2g wird wie folgt geändert:

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.

i) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„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.“

l) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

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) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend; auch für die Unterlagen der unparteiischen Mitglieder gilt Vertraulichkeit.“

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) 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.“

r) 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 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 Planungsbereichen, 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) 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 gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund 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 demografischer 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:

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:

„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 Veränderungsraten, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsraten 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."

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 angemessen 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) 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.

(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) 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 Abrechnungszeitraumes 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 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) 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.“

c) 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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:

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) 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 erfolg-

ten 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."

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."

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 Kassenärztlichen 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 zulasten 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."

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

b) Absatz 6a Satz 3 wird aufgehoben.

c) 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.

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 Medizinprodukteheristeller 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.

(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, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund 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 1. Januar 2012 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) In Satz 6 werden die Wörter „juristischen Person des Privatrechts" durch die Wörter „Gesellschaft mit beschränkter Haftung" ersetzt.

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

d) Absatz 2a wird aufgehoben.

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) Folgender Satz wird angefügt:

„Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht."

f) 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.

cc) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.

g) 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 Vertrags-

arzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.“

32. § 95d wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.
    b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.
        bb) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 5 oder nach“ eingefügt.
        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.
        dd) 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 Demografie 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 spezialfachärztlichen 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 „Gewährleistung“ 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) 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 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) 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 demografische 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:

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, 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) 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 Vertragsarzt 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.“

cc) 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.“

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) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“

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:

„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“

e) Nach Absatz 4b wird folgender Absatz 4c eingefügt:

„(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 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) 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.

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) 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. § 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 Wirtschaftlichkeitsprüfung 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 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 gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen 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 Mitgliedskassen 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 Mitgliedskassen 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) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen 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.

(4) Bei Einrichtungen, die vor dem 1. Januar 2012 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. § 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."

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. § 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.

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 De-

ckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs“ ersetzt.

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) HIV/AIDS,
   c) rheumatologischen Erkrankungen,
   d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
   e) Multipler Sklerose,
   f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
   g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
   h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
   i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen 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,
   j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
   k) Marfan-Syndrom,
   l) pulmonale Hypertonie,
   m) Kurzdarmsyndrom oder
   n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation sowie
3. hochspezialisierte Leistungen wie
   a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
   b) Brachytherapie.

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 berechtigte Leistungserbringer haben ihre Teilnahme 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 unabhän-

gig 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 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 Vereinbarungen 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 Pa-

tienten 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 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 Bewertungsmaßstabs 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 zulasten 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, 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 31. Dezember 2011 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 aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 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 Pflegeeinrichtung 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 zugrunde 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) 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 Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle 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) 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:

„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."

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 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.

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. § 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. 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 Potenzial 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 zulasten 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 aber das Potenzial 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 zulasten 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 Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsver-

fahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Aufgrund der Richtlinie wird die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zulasten 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.

(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) 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 zulasten 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.

(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 zulasten 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 Potenzial 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 zulasten 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,
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) 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) 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 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 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.“

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 31. Dezember 2011 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 Behandlungsbedarfs nach Satz 1 nicht zustande, 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.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.

e) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden aufgehoben.

59. § 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b“ gestrichen.

b) In Satz 3 werden die Wörter „diesen Gremien“ durch die Wörter „diesem Gremium“ ersetzt.

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 Kassenwahl-

rechts 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 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) 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."

61a. In § 171d Absatz 6 Satz 3 wird die Angabe „30. Juni 2012" durch die Angabe „31. Dezember 2014" ersetzt.

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 erforderlich 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 hat 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. Rechtsbehelfe 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."

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 Absat-

zes 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 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. 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."

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 anonymisiert und ohne Krankenkassenbezug verarbeiten und nutzen."

66a. § 217g wird aufgehoben.

66b. § 220 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig."

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „77 Abs. 1a" die Wörter „Satz 1 bis 4" eingefügt.

67. § 221b wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 in der am 1. Januar 2012 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."

67a. § 222 wird aufgehoben.

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.

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. § 249 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinen" die Wörter „oder ermäßigten" eingefügt.

b) In Absatz 4 werden die Wörter „Beitragssatz der Krankenkasse“ durch die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz“ ersetzt.

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. 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 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes 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 Beitragssatzpunkte 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 Versicherungspflicht 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 Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat.“

c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages 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 Betrages 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.

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. 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 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. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen 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 hin-

sichtlich des Verfahrens der Einschreibung der Versicherten einschließlich der Dauer der Teilnahme und des Verfahrens der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten,“.

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. 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.“

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. 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“, 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.

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, Absatz 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 „einschließlich einer einheitlichen Datensatzstruktur“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

80a. § 299 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) 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.“

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

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 Krankenversichertennummer und ist in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen, dass die Pseudonymisierung auf der Grundlage der Krankenversichertennummer 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 Krankenversichertennummern 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 Krankenversichertennummern 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“.

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 die folgenden §§ 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 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 verarbeitet 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,
17. der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Bundesapothekerkammer,
18. der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

(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 Fehlentwicklungen 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.“

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 veröffentlichen 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 veröffentlichenden 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 31. Dezember 2011 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 31. Dezember 2011 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 31. Dezember 2011 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 31. Dezember 2011 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 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) 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 7 des Gesetzes vom 23. November 2011 (BGBl. I S. 2298) 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. 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 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) 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 Bundesfreiwilligendienstgesetz, 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 § 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.“

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.“

## 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.

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. Dem § 10 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

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

1a. Dem § 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 Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären. Für nichtärztliche Wahlleistungen gilt § 17 Absatz 1, 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.“

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

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

3. In § 17b Absatz 2 Satz 8 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und 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 5 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) 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 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

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

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.

## Artikel 8

## Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 2 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzordnung 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

## 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 vom 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 aufgrund 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.“

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.

(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:

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 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:

„(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:

„(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:

„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."

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) 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) 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 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 Fünftens 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.

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. § 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."

## 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 aufgrund 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 anstelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder selbst erlassene 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. 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) 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) 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.“

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.“

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

3. § 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 „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) 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 Ge-

meinsamen 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 Gemeinsamen 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.

4. § 28e wird aufgehoben.

5. § 28f wird wie folgt geändert:

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.“

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.“

6. § 28g wird aufgehoben.

7. In § 28h Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „oder Verlängerung der Zulassung“ gestrichen.

8. 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 aufgrund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

9. In § 38 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „aufgrund 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.

10. Die Anlagen 1 bis 12 werden aufgehoben.

## 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:

„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 zugrunde zu legen."

### Artikel 15

### 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 in Nummer 66 § 217f Absatz 6 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 23. September 2011 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b und Nummer 80 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc und dd treten mit Wirkung zum 1. Dezember 2011 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 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.

---

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 22. Dezember 2011

Der Bundespräsident
Christian Wulff

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
D. Bahr