

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 18/4095 –

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

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann
(Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der
Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/4187 –

**Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung
sichern**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink,
Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/4153 –

**Gesundheitsversorgung umfassend verbessern – Patienten und
Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/1462 –**

Mehr Transparenz der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Nach Erkenntnissen der Bundesregierung entsteht durch die demographische Entwicklung, die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt ergebenden neuen Behandlungsmöglichkeiten sowie durch die unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um die ambulante medizinische Versorgung weiter zu verbessern. Zudem bestehe hinsichtlich der unzureichenden Angebote der sektorenübergreifenden Versorgung sowie bei den zielgerichteten, an besonderen Bedarfen ausgerichteten Versorgungsangeboten Handlungsbedarf.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass eine wohnortnahe, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nur durch eine feinstrukturierte Bedarfsplanung gewährleistet werden kann. Dabei müssten die ambulante und die stationäre Versorgung gleichermaßen in die Bedarfsplanung einfließen. Derzeit würden die ambulante Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die stationäre Versorgung durch die Länder geplant, ohne dass die Patientenvertretung einbezogen werde. Durch diese Sektorentrennung entstünden schlecht abgestimmte Versorgungsgebiete, Doppelstrukturen, Reibungsverluste und unnötige Kosten. Außerdem sei die primärärztliche Versorgung durch Allgemeinmediziner insbesondere in ländlichen Regionen gefährdet.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller sehen einen Anpassungsbedarf des deutschen Gesundheitssystems an die veränderten Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Die Versorgungsangebote und -strukturen müssten grundlegend reformiert werden. Die Bundesregierung betrachte entgegen den Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (SVR) ambulante und stationäre Versorgung weiter getrennt, verharre auf einer veralteten Bedarfsplanung und tue nichts für eine stärkere Kooperation und veränderte Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe. Auch der geplante Innovationsfonds sei unterfinanziert und falsch konzipiert.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller stellen fest, die Öffentlichkeit habe einen Anspruch auf größtmögliche Transparenz der Mittelverwendung durch Selbstverwaltungskörperschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung. Trotz Berichten über Missstände zeige die Bundesregierung aber kein Interesse an stärkeren Aufsichts- und Transparenzregeln für Einrichtungen wie z. B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit den geplanten gesetzlichen Änderungen will die Bundesregierung sicherstellen, dass auch künftig eine bedarfsgerechte, hochwertige, möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten garantiert ist. Deshalb werden die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung an die sich ändernden Strukturen angepasst. Durch verschiedene gesetzliche Maßnahmen sollen bestimmte Bereiche auf der Leistungserbringerseite flexibilisiert und entbürokratisiert werden. Weiter sollen die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt und die Leistungsansprüche der Versicherten erweitert werden. Ein weiteres Ziel des Gesetzentwurfs ist die Förderung innovativer Versorgungsformen, wozu u. a. ein Innovationsfonds aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesundheitsfonds eingerichtet werden soll. Für neue Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewandt werden sollen und für die ein Krankenhaus die Vergütung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem Krankenhausentgeltgesetz anstrebt, wird ein neues Bewertungsverfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgesehen. Darüber hinaus soll eine Regelung Retaxationen bei Apotheken begrenzen und die Höhe des Apothekenabschlags soll gesetzlich festgelegt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4095 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, dass die Ermittlung des Versorgungsbedarfs alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfassen und die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sukzessive aufgehoben werden müsse. Das Ziel sei eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, bei der Kriterien wie Morbidität, demographische Entwicklung, Mobilität und sozioökonomische Faktoren berücksichtigt werden sollten. Die Landesgremien nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die Patientenvertretung sollten maßgeblich einbezogen werden. Die primärärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum müsse u. a. durch die Aufwertung des Fachs Allgemeinmedizin sowie durch die stärkere Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen gestärkt werden. Zur Finanzierung der Versorgung soll die Einführung eines Regionalbudgets erprobt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4187 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern, Kommunen und Regionen eine zentrale Rolle bei der Planung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung zu übertragen, die Bedarfsplanung zu reformieren, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken und die Aufgabenteilung der Gesundheitsberufe neu zu definieren. Außerdem soll ein Instrument zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich geschaffen sowie entsprechende Möglichkeiten auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen sollen ausgelotet werden. Ferner soll ein unabhängiger und dauerhafter Innovationsfonds eingerichtet werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4153 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller fordern, Jahresrechnungen und Haushaltspläne von Selbstverwaltungskörperschaften wie der KBV zukünftig offenzulegen, Unternehmensbeteiligungen dieser Einrichtungen unter Genehmigungsvorbehalt zu stellen und privatrechtliche Ausgründungen ebenfalls der staatlichen Rechtsaufsicht zu unterwerfen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/1462 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis d

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

a) Bund

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden.

b) Länder und Gemeinden

Keine.

c) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben und Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

Quantifizierbare jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von 300 Millionen Euro pro Jahr resultieren im Zeitraum 2016 bis 2019 aus der Einrichtung eines Innovationsfonds, von denen 150 Millionen Euro von den Krankenkassen und 150 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Darüber hinaus ergeben sich ab 2016 geschätzte jährliche Mehrausgaben von ca. 50 Millionen Euro aus der Einführung von Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei pflegebedürftigen und behinderten Menschen, denen nicht bezifferbare Einsparungen durch eine verbesserte Mundgesundheit bei diesem Personenkreis gegenüberstehen. Weitere jährliche Mehrausgaben von rund 25 bis 30 Millionen Euro ergeben sich aus der zusätzlichen Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin.

Durch die Begrenzung des bei den Hochschulambulanzen zu berücksichtigenden Investitionskostenabschlags auf bis zu 5 Prozent ergeben sich jährliche Mehrausgaben von bis zu rund 25 Millionen Euro.

Zudem entstehen ab dem Jahr 2017 nicht bezifferbare Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung durch den Abbau unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, die auf mehrere Jahre verteilt werden können.

Durch die Regelungen zum Mutterschaftsgeld, zum Krankengeldanspruch sowie zu der Flexibilisierung der Preisbindung für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben jeweils im niedrigen einstelligen Millionenbereich. Durch die Übernahme der hälftigen Beiträge an die berufsständischen Versorgungswerke bei Krankengeldbezug ergeben sich jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrages.

Durch die Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung entstehen nicht quantifizierbare Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung, denen erhebliche ebenfalls nicht quantifizierbare Einsparungen durch eine Vermeidung medizinischer operativer Eingriffe gegenüberstehen.

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind weitere Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen und schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen sind diese oft ebenfalls schwer quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnte die Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Gesetzentwurf insgesamt bei voller Wirksamkeit jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen.

Zu den Buchstaben b bis d

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Mit den Maßnahmen des Gesetzes wird der Erfüllungsaufwand für die Beteiligten im Gesundheitswesen teils verringert und teils gesteigert. Durch die dezentralen Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen und die schwer prognostizierbare Verhaltensanpassung sind auch die Aussagen zum entstehenden Erfüllungsaufwand bei vielen der Maßnahmen im Voraus nur schwer oder nicht verlässlich quantifizierbar.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger reduziert sich durch verschiedene Maßnahmen des Gesetzes in jeweils geringer Höhe (Terminservicestellen, Entlassmanagement, Änderungen zum Krankengeldanspruch), während andere Maßnahmen den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger in jeweils geringer Höhe steigern können (Teilnahme an neuen strukturierten Behandlungsprogrammen). Eine Gesamtsumme der Entlastungen und Belastungen kann aufgrund der oben genannten Ausgestaltung der Maßnahmen durch die Selbstverwaltung nicht verlässlich beziffert werden.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die einzelnen Maßnahmen entsteht für die Wirtschaft einmaliger, in der Regel durch Umstellung auf geänderte Vorgaben begründeter Erfüllungsaufwand sowie jährlich wiederkehrender Erfüllungsaufwand. Der Aufwand kann nur teilweise quantifiziert und daher nicht verlässlich summiert werden.

Dies gilt für die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene auf Grund der in verschiedenen Maßnahmen des Gesetzes erteilten Aufträge zu Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene (u. a.

Zweitmeinung, Entlassmanagement, Heilmittelregelungen, Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, Wirtschaftlichkeitsprüfungen) und in diesem Rahmen zugeteilten Aufgaben. Der einmalige bzw. jährliche Erfüllungsaufwand für die Leistungserbringer zur Erbringung der Zweitmeinung, zum Entlassmanagement, zur Gründung medizinischer Behandlungszentren, zu Frühbewertungsverfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse sowie weiterer Regelungen kann ebenfalls aufgrund der Übertragung der Ausgestaltung der Regelungen auf die Selbstverwaltung nicht abschließend quantifiziert werden.

Durch die Regelungen zur erstmaligen Einrichtung von Terminservicestellen entsteht insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern ein einmaliger bzw. jährlicher Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand zur Einrichtung von Organisationsstellen für die Vermittlung von Behandlungsterminen wird auf rund 13 bis 20 Millionen Euro geschätzt. Bei einem mittleren Inanspruchnahmeverhalten der Terminservicestellen wird von einem geschätzten jährlichen Erfüllungsaufwand von rund 16,5 bis 20 Millionen Euro als Informationspflichten ausgegangen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesellschaften entsteht im Zusammenhang mit der Zweitmeinungserbringung ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von – soweit quantifizierbar – schätzungsweise 30 000 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Informationspflichten entstehen für Leistungserbringer im Rahmen des Zweitmeinungsanspruchs, der Vermittlung von Behandlungsterminen, der Regelungen zur Weiterbildung, beim Innovationsfonds, bei den neuen strukturierten Behandlungsprogrammen sowie der Frühbewertung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse. Der jährliche Erfüllungsaufwand von ca. 16,5 bis 20 Millionen Euro bei der Vermittlung von Behandlungsterminen betrifft insbesondere Informationspflichten. Durch den Verzicht auf Zulassungsgebühren bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten reduzieren sich auch wesentlich Informationspflichten. Jedoch entstehen in der vertragsärztlichen Versorgung auch neue Informationspflichten. Aufgrund der Übertragung der Ausgestaltung vieler Maßnahmen dieses Gesetzes auf die Selbstverwaltung ist eine Quantifizierung der Informationspflichten derzeit nicht verlässlich möglich.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als auch dem Bundesversicherungsamt entsteht im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Innovationsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie durch Änderungen bestehender/Einführung neuer Vorgaben zusätzlicher Personalaufwand. Es wird beim Bundesversicherungsamt auch unter Berücksichtigung einer Verringerung bestimmter Aufgaben im Zusammenhang mit der Prüfung von Selektivverträgen mit einem personellen Mehrbedarf gerechnet; Näheres wird im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2016 abgestimmt.

Dem Bundesministerium für Gesundheit entsteht zudem durch die Einführung einer obligatorischen Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hohen Risikoklassen eingesetzt werden, ein zusätzlicher Personalaufwand.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Innovationsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie durch die Änderung bestehender/Einführung weiterer neuer Vorgaben (Richtlinienaufträge, Frühbewertungen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit einem Medizinprodukt hoher Risikoklasse) ein einmaliger Erfüllungsaufwand von – soweit quantifizierbar – ca. 3 Millionen Euro jährlich, wobei der jährliche Erfüllungsaufwand von durchschnittlich rund 1,5 Millionen Euro im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds aufgrund dessen Befristung nur bis 2019 befristet ist.

Beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen entsteht durch die Ergänzung von Aufgaben ein derzeit nicht quantifizierbarer jährlicher Erfüllungsaufwand.

b) Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen

Die einzelnen Maßnahmen dieses Gesetzes verursachen jeweils einmaligen und jährlichen Erfüllungsaufwand für die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände. Für viele der Maßnahmen ist dieser nicht hinreichend quantifizierbar, da die Ausgestaltung der Regelungen der Selbstverwaltung übertragen wird. Den Pflegekassen entsteht durch die Pflicht zur Erfassung und Weiterleitung von Daten ein einmaliger geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht durch die in verschiedenen Maßnahmen des Gesetzes erteilten Aufträge zu Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene nur annähernd quantifizierbarer einmaliger und jährlicher Erfüllungsaufwand. Bei den Regelungen zur Vermittlung von Facharztterminen, im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung sowie hinsichtlich der Erweiterung der Heilmittel-Rahmenempfehlungen entstehen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Krankenkassen ein nur teilweise quantifizierbarer einmaliger Erfüllungsaufwand von mindestens 40 000 Euro, dem langfristig Reduzierungen beim Erfüllungsaufwand durch die mit den Maßnahmen eingeleiteten Verwaltungsvereinfachungen entgegenstehen. Derzeit nicht quantifizierbarer einmaliger bzw. jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht den Krankenkassen durch die Beitragszahlungen der Krankenkassen an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen, zur Antragstellung an den Innovationsfonds, bei den Hochschulambulanzen sowie aufgrund der bisher nicht abzuschätzenden Teilnehmerzahlen zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen. Ferner reduziert sich der jährliche Erfüllungsaufwand durch die Neuregelungen beim Krankengeld im nicht quantifizierbaren Bereich.

c) Länder

Der jährliche Erfüllungsaufwand der Länder verringert sich durch die Neuregelung der Aufsicht bei Selektivverträgen in nicht quantifizierbarem Umfang. Einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 55 000 Euro entfällt durch die Einführung eines Bestandsschutzes für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus teilnehmen. Jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht durch die Benennung von Vertretern von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Höhe von rund 114 000 Euro für alle betroffenen Länder.

Zu den Buchstaben b bis d

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben b bis d

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Antrag auf Drucksache 18/4187 abzulehnen,
- c) den Antrag auf Drucksache 18/4153 abzulehnen,
- d) den Antrag auf Drucksache 18/1462 abzulehnen.

Berlin, den 10. Juni 2015

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Karin Maag
Berichterstatterin

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

– Drucksache 18/4095 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)	(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1^{*)}	Artikel 1^{*)}
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	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 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Dem § 5 Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.“	
	1a. In § 10 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „31. Dezember 2015“ durch die Angabe „31. Dezember 2018“ ersetzt.

^{*)} Artikel 1 Nummer 73 dient der Umsetzung von Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 5 Buchstabe b Satz 2 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45) sowie von Artikel 4 der Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU der Kommission vom 20. Dezember 2012 mit Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen (ABl. L 356 vom 22.12.2012, S. 68).

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. § 11 wird wie folgt geändert:	2. entfällt
a) In Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „nach den §§ 140a bis 140d“ durch die Angabe „nach § 140a“ ersetzt.	2. In § 11 Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „nach den §§ 140a bis 140d“ durch die Angabe „nach § 140a“ ersetzt.
b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 27a),“ die Wörter „zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung (§ 27b)“ eingefügt.	b) entfällt
3. § 16 Absatz 3a wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 2 werden die Wörter „oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden“ gestrichen.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.“	
4. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:	4. u n v e r ä n d e r t
<p style="text-align: center;">„§ 22a</p>	
<p style="text-align: center;">Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen</p>	
<p>(1) Versicherte, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.</p>	
<p>(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.“</p>	
	4a. In § 23 Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Einzelfalls“ die Wörter „unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ eingefügt.
5. § 24i wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„Mutterschaftsgeld erhalten auch Frauen,	
1. deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes endet, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren oder	
2. die zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllen, weil ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld nach den §§ 157 oder 159 des Dritten Buches ruht.“	
b) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arbeitseinkommen“ die Wörter „oder Urlaubsabgeltung“ eingefügt.	
6. § 27 Absatz 1a wird wie folgt geändert:	6. § 27 Absatz 1a wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung.“	
b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Geweben oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger).“	
c) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:	c) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des	„Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes <i>kann</i> die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren.“</p>	<p>Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes können die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren.“</p>
7. Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:	7. Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:
<p style="text-align: center;">„§ 27b</p>	<p style="text-align: center;">„§ 27b</p>
Zweitmeinung	Zweitmeinung
<p>(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.</p>	<p>(1) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt, <i>soweit erforderlich, eingriffsbezogen</i> Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und an die <i>Leistungserbringer nach Absatz 3</i> fest, die für die <i>Abgabe einer Zweitmeinung geeignet</i> sind. <i>Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 erstmals bis zum 31. Dezember 2015. Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen auf Grund von Satzungsbestimmungen müssen die Anforderungen nach Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Indikation festgelegt hat.</i></p>	<p>(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. Kriterien für die besondere Expertise sind</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
	2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.
	Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. Zusätzliche Kriterien sind insbesondere
	1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
	2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
	3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.
	Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung. Er beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 5 erstmals bis zum 31. Dezember 2015.
(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:	(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:
1. zugelassene Ärzte,	1. un verändert
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,	2. un verändert
3. ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie	3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
4. zugelassene Krankenhäuser,	4. zugelassene Krankenhäuser sowie
	5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,
soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.	soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.
(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungser-	(4) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>bringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.</p>	
<p>(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.“</p>	<p>(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.</p>
	<p>(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.“</p>
	<p>7a. Nach § 28 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>
	<p>„Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“</p>
	<p>7b. § 32 Absatz 1a wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 30. Juni 2016 in seiner Richtlinie</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge 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.“
8. In § 33 Absatz 8 Satz 2 wird die Angabe „§ 43b“ durch die Angabe „§ 43c“ ersetzt.	8. un verändert
9. § 39 wird wie folgt geändert:	9. § 39 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 4 bis 6 wird aufgehoben.	a) un verändert
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
<p>„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser <i>die jeweils kleinste</i> Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92</p>	<p>„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts nach Satz 5. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.“</p>	<p>Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; § 118a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.“</p>
<p>10. § 40 wird wie folgt geändert:</p>	<p>10. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein“ eingefügt.</p>	
<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 des Neunten Buches angemessen sind.“	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„§ 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind.“	
c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Einzelfalls“ die Wörter „unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ eingefügt.	c) u n v e r ä n d e r t
	10a. In § 41 Absatz 1 Satz 4 wird nach den Wörtern „§ 40 Abs. 2 Satz 3“ die Angabe „und 4“ eingefügt.
11. Nach § 43a wird folgender § 43b eingefügt:	11. Nach § 43a wird folgender § 43b eingefügt:
„§ 43b	„§ 43b
Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen	Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen
Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche <i>sozialmedizinische</i> Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.“	Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordination von Leistungen. “
12. Der bisherige § 43b wird § 43c.	12. Der bisherige § 43b wird § 43c und dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
	„Zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse können abweichende Regelungen zum Zahlungsweg vereinbart werden, soweit dies wirtschaftlich ist.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>13. Dem § 44 wird folgender Absatz 4 angefügt:</p> <p>„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“</p>	<p>13. Dem § 44 wird folgender Absatz 4 angefügt:</p> <p>„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach diesem Absatz vor.“</p>
<p>14. § 44a wird wie folgt geändert:</p>	<p>14. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„§ 44a</p>	
<p>Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“.</p>	
<p>b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht.“</p>	
<p>15. § 46 wird wie folgt geändert:</p>	<p>15. § 46 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>a) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.“</p>	
<p>b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>	<p>b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>
<p>„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, <i>wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fort-</i></p>	<p>„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt je- weils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>dauer wegen derselben Krankheit am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird.“</i>	diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.“
	c) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.
16. Nach § 47 wird folgender § 47a eingefügt:	16. Nach § 47 wird folgender § 47a eingefügt:
„§ 47a	„§ 47a
Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen	Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen
(1) Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.	(1) Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Krankenkasse ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte; sie dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.
(2) Die Krankenkassen haben der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung den Beginn und das Ende der Beitragszahlung sowie die Höhe <i>des</i> zugrunde liegenden <i>Krankengeldes</i> und den zu zahlenden Beitrag für das Mitglied durch elektronischen Nachweis <i>zu übermitteln</i> . Das Nähere zum Verfahren, zu notwendigen weiteren Angaben und den Datensatz regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen in <i>Gemeinsamen</i> Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind.“	(2) Die Krankenkassen haben der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung den Beginn und das Ende der Beitragszahlung sowie die Höhe der der Beitragsberechnung zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen und den zu zahlenden Beitrag für das Mitglied zu übermitteln; ab dem 1. Januar 2017 erfolgt die Übermittlung durch elektronischen Nachweis. Das Nähere zum Verfahren, zu notwendigen weiteren Angaben und den Datensatz regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in gemeinsamen Grundsätzen, die vom

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind.“
17. In § 53 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 73c,“ gestrichen.	17. un v e r ä n d e r t
18. In § 55 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Abs. 2 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 5 und 6“ ersetzt.	18. un v e r ä n d e r t
19. In § 56 Absatz 4 werden die Wörter „Abs. 2 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 5 und 6“ ersetzt.	19. un v e r ä n d e r t
20. § 57 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	20. un v e r ä n d e r t
<p>„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die Vereinbarungen nach Satz 2 gilt § 71 nicht. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Absatz 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 1 Satz 1 und 3 und Absatz 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach Satz 1 jeweils einen Monat betragen.“</p>	
21. § 60 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	21. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 3 werden die Wörter „nur nach vorheriger Genehmigung“ gestrichen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Übernahme von Fahrkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.“	
22. § 63 Absatz 5 Satz 1 wird aufgehoben.	22. § 63 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:
	„Satz 2 gilt im Bereich ergotherapeutischer Behandlungen entsprechend für Ergotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes.“
	b) Absatz 5 Satz 1 wird aufgehoben.
23. § 64 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	23. § 64 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 werden die Wörter „des Behandlungsbedarfs oder“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Folgender Satz wird angefügt	b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabvereinbarung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden.“	„Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabvereinbarung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Satz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für ein Modellvorhaben geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen. “

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
24. § 71 wird wie folgt geändert:	24. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 4 Satz 2 und 4 wird aufgehoben.	
b) In Absatz 5 werden die Wörter „§§ 73b, 73c und 140a bis 140d“ durch die Angabe „§§ 73b und 140a“ ersetzt und wird das Wort „vorzulegen“ durch die Wörter „zu übermitteln, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führen“ ersetzt.	
c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:	
<p>„(6) Wird durch einen der in den §§ 73b und 140a genannten Verträge das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, den Vertrag dafür zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse kann bei einer solchen Anordnung den Vertrag auch außerordentlich kündigen. Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. Ein Zwangsgeld kann bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 festgesetzt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine erhebliche Rechtsverletzung auch feststellen, nachdem diese beendet ist, sofern ein berechtigtes Interesse an der Feststellung besteht. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung.“</p>	
25. § 73 wird wie folgt geändert:	25. § 73 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
	<p>„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Arztgruppe der Hausärzte, der Kinderärzte oder der Fachinternisten eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen, fasst der Zulassungsausschuss innerhalb von sechs Monaten den Beschluss, ob eine Regelung nach Satz 3 getroffen wird.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 12 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	aaa) un verändert
bb) Folgende Nummer 13 wird angefügt:	bbb) un verändert
„13. Zweitmeinung nach § 27b.“	
	bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 8, 10 und 11 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.“
b) Dem Absatz 8 werden die folgenden Sätze angefügt:	c) un verändert
„Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu vereinbaren.“	
26. § 73a wird aufgehoben.	26. un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
27. § 73b wird wie folgt geändert:	27. § 73b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 7 werden die Wörter „ihren Satzungen“ durch die Wörter „den Teilnahmeerklärungen“ ersetzt.	
bb) In Satz 8 werden nach dem Wort „Satzung“ die Wörter „der Krankenkasse“ eingefügt und wird das Wort „auch“ gestrichen.	
b) Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.“	
c) Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	c) u n v e r ä n d e r t
„Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“	
d) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	d) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Dabei können die Bereinigungsbeiträge unter Beachtung <i>von</i> Satz 1 auch pauschaliert ermittelt werden. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die	„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Dabei können die Bereinigungsbeiträge unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 auch pauschaliert ermittelt werden. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.“</p>	<p>Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.“</p>
e) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:	e) u n v e r ä n d e r t
<p>„(9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.“</p>	
28. § 73c wird aufgehoben.	28. u n v e r ä n d e r t
29. § 75 wird wie folgt geändert:	29. § 75 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 2 bis 4 wird aufgehoben.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:	b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:
<p>„(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum ...</p>	<p>„(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum ...</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>[einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] insbesondere Regelungen zu treffen</p>	<p>[einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. Satz 6 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] insbesondere Regelungen zu treffen</p>
1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,	1. un v e r ä n d e r t
2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,	2. un v e r ä n d e r t
3. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 7,	3. un v e r ä n d e r t
4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.	4. un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis 11 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und 3 und § 29.</p>	<p>Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis 11 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und § 29. Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten.</p>
<p>(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den stundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu</p>	<p>(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den stundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 2 einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.“</p>	<p>diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 3 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 2 einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.“</p>
<p>30. Nach § 75 wird folgender § 75a eingefügt:</p>	<p>30. Nach § 75 wird folgender § 75a eingefügt:</p>
<p>„§ 75a</p>	<p>„§ 75a</p>
<p>Förderung der Weiterbildung <i>in der Allgemeinmedizin</i></p>	<p>Förderung der Weiterbildung</p>
<p>(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.</p>	<p>(1) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(2) Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb</p>	<p>(2) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.	
(3) Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7 500 betragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über	(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über
1. die Höhe der finanziellen Förderung,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen <i>sowie</i>	3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind.	4. ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind, sowie
	5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).
Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.	Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.
(5) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.	(5) u n v e r ä n d e r t
(6) Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach den Ab-	(6) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>sätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.</p>	
<p>(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass</p>	<p>(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass</p>
<p>1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, bereitgestellt werden,</p>
<p>3. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.</p>	<p>4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.</p>
<p>(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.“</p>	<p>(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.</p>
	<p>(9) Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. Es sind bundesweit bis zu 1 000 Stellen zu fördern.“</p>
<p>31. Nach § 76 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</p>	<p>31. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 6 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Inan-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
spruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.“	
32. Nach § 79 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:	32. Nach § 79 Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
<p>„(3a) In der Vertreterversammlung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände nach Satz 1 und zur Stimmengewichtung nach Satz 2 regelt die Satzung bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]; der Satzungsbeschluss bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.“</p>	<p>„(3a) In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände nach Satz 1 und zur Stimmengewichtung nach Satz 2 regelt die Satzung bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]; der Satzungsbeschluss bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung.“</p>
33. § 79c Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	33. u n v e r ä n d e r t
<p>„Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird jeweils ein beratender Fachausschuss gebildet für</p>	
1. die hausärztliche Versorgung,	
2. die fachärztliche Versorgung und	
3. angestellte Ärztinnen und Ärzte.	
<p>Die Fachausschüsse nach Satz 1 Nummer 1 und 2 bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind. Der Fachausschuss nach Satz 1 Nummer 3 besteht aus Mitgliedern, die angestellte Ärztinnen und Ärzte nach § 77 Absatz 3 Satz 2 sind.“</p>	
	<p>33a. In § 81 Absatz 5 Satz 3 wird das Wort „Zehntausend“ durch das Wort „fünfzigtausend“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
34. § 87 wird wie folgt geändert:	34. § 87 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2“ eingefügt und werden die Wörter „betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln“ durch die Wörter „in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Bewertung der Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.“	
c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:	c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden die Wörter „Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen“ durch die Wörter „Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 4 wird aufgehoben.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt und werden nach dem Wort „Versorgungsforschung“ die Wörter „und zur Förderung der Qualität“ eingefügt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:	dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten	„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gemäß Artikel 20 Absatz 1] zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist.“</p>	<p>gemäß Artikel 20 Absatz 1] zu beschließen. Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist.“</p>
<p>d) Absatz 2b wird wie folgt geändert:</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „Satz 7 und 8“ ersetzt und werden nach dem Wort „telemedizinisch“ die Wörter „oder im Wege der Delegation“ eingefügt.</p>	
<p>bb) Satz 5 wird aufgehoben.</p>	
<p>e) In Absatz 2c Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Wörter „Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8“ ersetzt.</p>	<p>e) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>f) In Absatz 2d Satz 1 werden die Wörter „und Leistungen“ gestrichen.</p>	<p>f) u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>g) In Absatz 3c Satz 3 wird die Angabe „2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	h) Absatz 3e wird wie folgt gefasst:
	„(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt
	1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab insbesondere solcher neuer Laborleistungen und neuer humangenetischer Leistungen regelt, bei denen es sich jeweils nicht um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt,
	2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts gemäß Absatz 3b trifft, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 1 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte, sowie
	3. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.
	Die Verfahrensordnung, die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung sind im Internet zu veröffentlichen. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich einer neuen Leistung auf Verlangen Auskunft zu erteilen, ob die Aufnahme der neuen Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab in eigener Zuständigkeit des Bewertungsausschusses beraten werden kann oder ob es sich dabei um eine neue Methode handelt, die nach § 135 Absatz 1 Satz 1 zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. Eine Auskunft können pharmazeutische Un-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>ternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und deren jeweilige Verbände, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f verlangen. Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung.“</p>
<p>g) In Absatz 3f Satz 1 werden die Wörter „§ 73c Abs. 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3“ durch die <i>Angabe</i> „§ 140a Absatz 5“ ersetzt.</p>	<p>i) In Absatz 3f Satz 1 werden die Wörter „§ 73b Abs. 7 Satz 4 und § 73c Abs. 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3“ durch die Wörter „§ 73b Absatz 7 Satz 5 und § 140a Absatz 6“ ersetzt.</p>
<p>h) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „über den Bewertungsmaßstab“ gestrichen.</p>	<p>j) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>i) Nach Absatz 5a wird folgender Absatz 5b eingefügt:</p>	<p>k) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(5b) Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 anzupassen. Satz 1 gilt entsprechend für weitere Richtlinienbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erforderlich machen. In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu treffen. Für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] in Kraft getreten sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Frist nach Satz 1 mit dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] beginnt.“</p>	
<p>35. § 87a wird wie folgt geändert:</p>	<p>35. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:	
<p>„(4a) Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2016 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2014 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2016 mit. Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachzuweisen. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2014 darf die für das Jahr 2014 berechnete durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen.“	
c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:	
„Der Bewertungsausschuss beschließt geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7 und 8.“	
36. § 87b wird wie folgt geändert:	36. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern“ eingefügt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.“	
bb) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	
„Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.“	
d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 wird die Angabe „3“ durch die Wörter „4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen.“	
	37. § 90 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Landesausschüssen“ die Wörter „sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ eingefügt.
37. In § 90 Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 103 Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „und Absatz 3“ eingefügt.	b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 103 Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „und Absatz 3“ eingefügt.
38. Dem § 91 wird folgender Absatz 11 angefügt:	38. u n v e r ä n d e r t
„(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5 vorzulegen, in dem im Falle von Fristüberschreitungen auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
39. § 92 wird wie folgt geändert:	39. § 92 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:	a) Dem Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“	„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“
b) Dem Absatz 7f wird folgender Satz vorangestellt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach § 137 Absatz 3 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind; Absatz 7e Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“	
40. Nach § 92 werden die folgenden §§ 92a und 92b eingefügt:	40. Nach § 92 werden die folgenden §§ 92a und 92b eingefügt:
„§ 92a	„§ 92a
Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss
(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:	(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:
1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,	3. un verändert
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,	4. un verändert
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,	5. un verändert
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,	6. un verändert
7. Evaluierbarkeit.	7. un verändert
<p>Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. <i>Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankengesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f sein.</i> Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.</p>	<p>Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.</p>
<p>(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen <i>sowie die in Absatz 1 Satz 6 genannten Einrichtungen</i> sein. Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.</p>	<p>(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein. Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Soweit hierfür bereits im Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. Von der Fördersumme sollen 75 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 25 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen.</p>	(3) un verändert
<p>(4) Die Mittel nach Absatz 3, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 2 Satz 3, werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Mittel (Innovationsfonds) und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des Innovationsausschusses nach § 92b aus. Die dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den nach § 266 am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6 Satz 7 gilt entsprechend. Das Nähere zur Weiterleitung der Mittel an den Innovationsfonds und zur Verwaltung der Mittel des Innovationsfonds bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Innovationsausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>	(4) un verändert
<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die hierfür entstehenden Ausgaben werden</p>	(5) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit übersendet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung. Einen abschließenden Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2021 vor.</p>	
§ 92b	§ 92b
Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss
<p>(1) Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. Januar 2016 ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht. § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7, Absatz 5 sowie 6 gilt entsprechend.</p>	(1) un verändert
<p>(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts-</p>	(2) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.	
(3) Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:	(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:
1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Möglichkeit zur Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Erlass von Förderbescheiden,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel.	5. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel,
	6. Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben.
(5) Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverständs in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet. Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen.	(5) Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverständs in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet. Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dungen einzubeziehen. Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen.
(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:	(6) u n v e r ä n d e r t
1. Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle nach Absatz 3,	
2. Durchführung von Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung,	
3. Abgabe einer Empfehlung zur Förderentscheidung.	
(7) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“	(7) u n v e r ä n d e r t
41. § 95 wird wie folgt geändert:	41. § 95 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 2 wird das Wort „fachübergreifende“ gestrichen.	
bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.	
b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird <i>nach der Angabe</i> „§ 126 Absatz 3“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt, <i>wird</i> nach dem Wort „teilnehmen“ <i>das Komma gestrichen</i> und werden die Wörter „oder von Kommunen“ eingefügt.	aa) In Satz 1 erster Halbsatz wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „teilnehmen,“ die Wörter „oder von Kommunen“ eingefügt und werden im zweiten Halbsatz nach dem Wort „Haftung“ die Wörter „oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform “ eingefügt.
bb) <i>Die folgenden Sätze werden angefügt:</i>	bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Kommunen können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.“	„Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.“
	c) In Absatz 2 Satz 6 werden nach dem Wort „Bürgschaftserklärung“ die Wörter „oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Dem Absatz 3 <i>wird folgender Satz</i> angefügt:	d) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen.“	„Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen. Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln. “
	e) Nach Absatz 6 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
	„ Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind. “
d) Absatz 9 Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Absatz 5 gilt entsprechend.“	f) u n v e r ä n d e r t
42. § 100 <i>wird wie folgt geändert:</i>	42. entfällt
a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.	42. In § 100 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.
b) <i>In Absatz 2 werden nach den Wörtern „dauert die“ die Wörter „bestehende oder in absehbarer Zeit drohende“ eingefügt.</i>	b) entfällt
43. § 101 <i>wird wie folgt geändert:</i>	43. § 101 <i>wird wie folgt geändert:</i>
a) Absatz 1 <i>Satz 1</i> wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:	bbb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
„6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs.“	„6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Pra-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>xisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.“</p>
	<p>bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:</p>
	<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4.“</p>
	<p>b) In Absatz 2 Nummer 3 wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt und werden nach dem Wort „Entwicklung“ die Wörter „sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur“ eingefügt.</p>
<p>b) In Absatz 6 wird die Angabe „und 5“ durch ein Komma und die Angabe „5 und 6“ ersetzt.</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>44. § 103 wird wie folgt geändert:</p>	<p>44. § 103 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.</p>	<p>aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen“ eingefügt.</p>
	<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>
	<p>„Darüber hinaus treffen die Landesausschüsse eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 wird <i>das</i> Wort „kann“ durch <i>das</i> Wort „soll“ ersetzt und werden nach dem Wort „angehört“ die Wörter „oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein <i>anders</i> Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht“ eingefügt.	aa) In Satz 3 wird nach dem Wort „Nummer“ die Angabe „4,“ eingefügt und werden nach dem Wort „angehört“ die Wörter „oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht“ eingefügt.
bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:	bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:
<p>„Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 4 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung <i>des</i> Deutschen Bundestages] begründet wurden. Einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens <i>kann auch dann stattgegeben werden</i>, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört und dieser die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmalig aufgenommen hat.“</p>	<p>„Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass dieser Nachfolger die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmals aufgenommen hat. Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 5 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung dieses Gesetzes im Deutschen Bundestag] begründet wurde. Hat der Landesausschuss eine Feststellung nach Absatz 1 Satz 3 getroffen, soll der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Im Fall des Satzes 7 gelten Satz 3 zweiter Halbsatz sowie die Sätze 4 bis 6 entsprechend; Absatz 4 Satz 9 gilt mit der Maßgabe, dass die Nachbesetzung abgelehnt werden soll.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	cc) Folgender Satz wird angefügt:
	„Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Absatz 4 Satz 8 bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.“
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 5 wird wie folgt geändert:	aa) u n v e r ä n d e r t
aaa) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.	
bbb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	
„8. Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.“	
bb) In Satz 9 werden die Wörter „Satz 5 Nummer 5 und 6“ durch die Wörter „Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz und Satz 6“ ersetzt, wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt, wird das Wort „auch“ gestrichen und werden die Wörter „Satz 5, 6 und 8“ durch die Wörter „Satz 8, 9 und 11“ ersetzt.	bb) In Satz 9 werden die Wörter „Satz 5 Nummer 5 und 6“ durch die Wörter „Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6 “ ersetzt, wird das Wort „auch“ gestrichen und werden die Wörter „Satz 5, 6 und 8“ durch die Wörter „Satz 10, 11, 13 und 14 “ ersetzt.
cc) Folgender Satz wird angefügt:	cc) u n v e r ä n d e r t
„Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“	
45. In § 105 Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden,“ durch die Wörter „zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ ersetzt.	45. u n v e r ä n d e r t
46. § 106a wird wie folgt geändert:	46. § 106a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird das Wort „Vertragsärzte“ durch die Wörter „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) In Satz 2 wird das Wort „Vertragsarztes“ durch das Wort „Arztes“ ersetzt, wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln“ eingefügt.	
cc) In Satz 6 werden die Wörter „durch den Vertragsarzt“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt.	
dd) Folgender Satz wird angefügt:	
„Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.“	
b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „der Vertragsärzte“ durch die Wörter „der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ ersetzt.	
bb) In Nummer 3 wird das Wort „Vertragsärzte“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.	
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 3 wird die Angabe „nach § 106“ durch die Wörter „ärztlicher Leistungen“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Wird ein Antrag nach Satz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.“	
d) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig bis zum 30. Juni 2004“ gestrichen und werden vor dem Semikolon die Wörter „einschließlich des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks“ eingefügt.	d) u n v e r ä n d e r t
e) <i>In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig bis zum 30. Juni 2004“ gestrichen.</i>	e) e n t f ä l l t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
47. Nach § 106a wird folgender § 106b eingefügt:	47. Nach § 106a wird folgender § 106b eingefügt:
„§ 106b	„§ 106b
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen
<p>(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.</p>	(1) u n v e r ä n d e r t
<p>(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. Festzulegen ist auch ein Verfahren, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen. Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können darüber hinaus weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2015 nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.</p>	(2) u n v e r ä n d e r t
<p>(3) Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das Schiedsamt nach § 89 festgesetzt. Die Klage</p>	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gegen die Festsetzung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung. Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in den §§ 84, 106, 296 und 297 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.	
(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:	(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:
1. Verordnungen <i>der</i> nach § 32 Absatz 1a <i>Satz 1 genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf</i> ;	1. Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a;
2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.	2. u n v e r ä n d e r t
(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.“	(5) u n v e r ä n d e r t
48. § 112 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	48. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 6 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.	
b) Nummer 7 wird aufgehoben.	
49. § 113 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	49. u n v e r ä n d e r t
„(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 106 Absatz 2 und 3, § 106a und § 136 geltenden Regelungen geprüft. Die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Absatz 1a wird durch die Prüfungsstellen nach § 106 Absatz 4 entsprechend § 106 Absatz 2 und 3 gegen Kostenersatz durchgeführt, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.“	
50. § 115 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	50. u n v e r ä n d e r t
a) In den Nummern 4 und 5 wird jeweils der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Folgende Nummer 6 wird angefügt:	
„6. ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a.“	
	51. § 116a wird wie folgt geändert:
51. In § 116a wird <i>das</i> Wort „kann“ durch das Wort „muss“ ersetzt und wird nach dem Wort „Krankenkassen“ das Wort „eingetretene“ eingefügt.	a) Das Wort „kann“ wird durch das Wort „muss“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ wird das Wort „eingetretene“ eingefügt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.“
52. § 116b wird wie folgt geändert:	52. § 116b wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „schwere Verlaufsformen von“ gestrichen.
	bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
	„1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie
	a) onkologische Erkrankungen,
	b) rheumatologische Erkrankungen,
	c) HIV/AIDS,
	d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4),
	e) Multiple Sklerose,
	f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
	g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
	h) Folgeschäden bei Frühgeborenen oder
	i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
	bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ambulante spezialfachärztliche Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen; “.
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:	
„Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet.“	
bb) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.	
cc) In dem neuen Satz 10 werden die Wörter „Sätze 4, 5 und 7“ durch die Wörter „Sätze 4, 5 und 8“ ersetzt.	
	c) In Absatz 3 Satz 7 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt“ eingefügt.
	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
b) In Absatz 4 Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3“ eingefügt.	aa) In Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3“ eingefügt.
	bb) In Satz 5 werden die Wörter „schweren Verlaufsformen von“ gestrichen.
	cc) In Satz 8 werden die Wörter „schweren Verlaufsformen von“ gestrichen.
	dd) In Satz 9 werden die Wörter „bei schweren Verlaufsformen“ gestrichen.
	ee) In Satz 10 werden die Wörter „schweren Verlaufsformen onkologischer“ durch das Wort „onkologischen“ ersetzt.
	ff) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses, der für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>1 Buchstabe a oder Buchstabe b getroffen wurde, die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen. Über das Ergebnis der Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit.“</p>
	<p>e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „schwere Verlaufsformen von“ gestrichen.</p>
	<p>f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz wird das Wort „vertragsärztliche“ gestrichen.</p>
	<p>bb) Satz 16 wird aufgehoben.</p>
<p>c) Absatz 8 wird wie folgt geändert:</p>	<p>g) Absatz 8 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zu deren Aufhebung durch das Land“ gestrichen.</p>	<p>aa) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„Das Land kann eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung nur aufheben, wenn das Krankenhaus nicht mehr gemäß § 116b Absatz 2 Satz 2 in der am 31. Dezember 2011 geltenden Fassung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus geeignet ist.“</p>	<p>„Bestimmungen nach Satz 1 für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder Nummer 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, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
53. § 117 wird wie folgt geändert:	53. § 117 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
„(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen	„(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen
1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie	1. u n v e r ä n d e r t
2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen	2. u n v e r ä n d e r t
ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren <i>sowie, in welchen Fällen des Satzes 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf.</i> Kommt eine Einigung bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Soweit und solange kein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen ist, können die Hochschulen oder Hochschulkliniken mit den Kassenärztlichen Ver-	ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. Kommt eine Einigung bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Soweit und solange kein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen ist, können die Hochschulen oder Hochschulkliniken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Festlegungen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>einigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Festlegungen nach den Sätzen 3 und 4 vereinbaren. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.“</p>	<p>nach den Sätzen 3 und 4 vereinbaren. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln.“</p>
<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Umfangs“ die Wörter „sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die <i>Hochschulambulanz</i> bedürfen“ eingefügt.</p>	<p>aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Umfangs“ die Wörter „sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen“ eingefügt und werden die Wörter „und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen“ gestrichen.</p>
<p>bb) Satz 2 wird aufgehoben.</p>	<p>bb) u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:</p>
	<p>„(3) Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sind zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, ermächtigt, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Für die Vergütung gilt § 120 Absatz 2 Satz 1, 2 und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 3 und 4 sowie Absatz 4 Satz 1 entsprechend.“</p>
	<p>53a. Dem § 118 wird folgender Absatz 4 angefügt:</p>
	<p>„(4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen.“</p>
	<p>53b. § 118a Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Abteilungen“ ein Komma und werden die Wörter „geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte“ eingefügt.</p>
	<p>b) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden nach den Wörtern „die Ermächtigung“ die Wörter „eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder“ eingefügt.</p>
<p>54. § 119b Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>54. un verändert</p>
<p>a) In Satz 1 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.</p>	
<p>b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
55. Nach § 119b wird folgender § 119c eingefügt:	55. u n v e r ä n d e r t
<p style="text-align: center;">„§ 119c</p>	
<p style="text-align: center;">Medizinische Behandlungszentren</p>	
<p>(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.</p>	
<p>(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.“</p>	
56. § 120 wird wie folgt geändert:	56. § 120 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
<p>aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „erbracht werden,“ die Wörter „und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden,“ eingefügt.</p>	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
<p>„Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.	
bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Leistungsfähigkeit“ die Wörter „der Hochschulambulanzen,“ eingefügt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.	
cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 zu berücksichtigen.“	
dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „an“ die Wörter „nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ und nach dem Wort „Investitionskostenabschlag“ die Wörter „von höchstens 5 Prozent“ eingefügt.	
ee) In Satz 6 werden die Wörter „, falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden“ gestrichen.	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Zentren“ ein Komma und die Wörter „der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Institutsambulanzen“ das Wort „und“ durch ein Komma und das Wort „die“ ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und die medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Folgender Satz wird angefügt:	cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] bundeseinheitliche Grunds-	„Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des Tages sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] bundeseinheitliche Grunds-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur, zu <i>Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang</i> und zur Leistungsdokumentation.“</p>	<p>ätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.“</p>
<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>
<p>„(3a) Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 vereinbart. Eine Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sind nicht vorzunehmen. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im <i>Benehmen</i> mit der Landeskrankenhausgesellschaft. Die in § 112 Absatz 1 genannten Vertragspartner treffen eine Vereinbarung über eine pauschale Vergütung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs mit den Krankenkassen im Rahmen der Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a; § 112 Absatz 5 gilt entsprechend.“</p>	<p>„(3a) Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 vereinbart. Eine Kürzung der Vergütung um einen Investitionskostenabschlag nach Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz und eine Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sind nicht vorzunehmen. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke bestimmt die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 87 Absatz 1 Satz 2 bis zum ... [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1]; § 115 Absatz 3 gilt entsprechend. Die in § 112 Absatz 1 genannten Vertragspartner treffen eine Vereinbarung über eine pauschale Vergütung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs mit den Krankenkassen im Rahmen der Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a; § 112 Absatz 5 gilt entsprechend.“</p>
<p>e) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>e) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Besetzung ohne den Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 3a Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt innerhalb von sechs Wochen fest.“	
57. § 125 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	57. § 125 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Nach Satz 4 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:	aa) un verändert
„3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,“.	
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen <i>Aufsichtsbehörden</i> bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.“	„Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.“
	b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
	„(3) Untergrenze für die in den Jahren 2016 bis 2021 nach Absatz 2 zu vereinbarenden Höchstpreise ist der Betrag, der sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis des betreffenden Landes ergibt. Bei der Ermittlung der niedrigsten und der höchsten Preise sind diejenigen Höchstpreise zu berücksichtigen, die zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbän-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>den oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer vereinbart wurden. Die Vertragspartner auf Kassenseite melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Preise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelt daraus für jedes Land die Untergrenze nach Satz 1 und teilt diese sowie den höchsten Preis den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn sie erforderlich sind, um die Untergrenze nach Satz 1 zu erreichen. Die Sätze 1 bis 5 gelten nur für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen.“</p>
<p>58. § 129 wird wie folgt geändert:</p>	<p>58. un verändert</p>
<p>a) Nach Absatz 4 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>	
<p>„In dem Rahmenvertrag ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt; kommt eine Regelung nicht innerhalb der Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8.“</p>	
<p>b) In Absatz 5b Satz 3 wird das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt.</p>	
<p>59. § 130 Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>59. un verändert</p>
<p>a) In Satz 1 wird die Angabe „2,05“ durch die Angabe „1,77“ ersetzt.</p>	
<p>b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.</p>	
<p>60. § 132 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>60. un verändert</p>
<p>„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahren tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von Haushaltshilfe auch geeignete Personen anstellen.“</p>	
	<p>60a. Dem § 132e Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:</p>
	<p>„Endet ein Vertrag, der die Versorgung mit Schutzimpfungen durch die in Satz 2 genannten Personen regelt, so gelten seine Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.“</p>
<p>61. § 134a wird wie folgt geändert:</p>	<p>61. un verändert</p>
<p>a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:</p>	
<p>„(5) Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Im Fall einer gesamtschuldnerischen Haftung können Kranken- und Pflegekassen einen nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches übergegangenen Ersatzanspruch im Umfang des Verursachungs- und Verschuldensanteils der nach Satz 1 begünstigten Hebamme gegenüber den übrigen Gesamtschuldnern nicht geltend machen.“</p>	
<p>b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.</p>	
<p>62. Nach § 135 Absatz 1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>	<p>62. un verändert</p>
<p>„Die Beschlussfassung über die Annahme eines Antrags nach Satz 1 muss spätestens drei Monate nach Antragseingang erfolgen. Das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist in der Regel innerhalb von spätestens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Verfahrensdauer erforderlich ist.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
63. § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird aufgehoben.	63. u n v e r ä n d e r t
64. § 137c wird wie folgt geändert:	64. § 137c wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die Beschlussfassung über die Annahme eines Antrags nach Satz 1 muss spätestens drei Monate nach Antragseingang erfolgen. Das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist in der Regel innerhalb von spätestens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Verfahrensdauer erforderlich ist.“	
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist.“	„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist.“
65. § 137f Absatz 1 wird wie folgt geändert:	65. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 2 werden die Wörter „zu empfehlen“ gestrichen.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
66. Nach § 137g wird folgender § 137h eingefügt:	66. Nach § 137g wird folgender § 137h eingefügt:
„§ 137h	„§ 137h
Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse	Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse
<p>(1) Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln. Eine Anfrage nach Satz 1 und die Übermittlung der Unterlagen erfolgt im Benehmen mit dem Hersteller derjenigen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse, die in dem Krankenhaus bei der Methode zur Anwendung kommen sollen. Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf, gibt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet allen Krankenhäusern, die eine Erbringung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vorsehen, sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern in der Regel einen Monat Gelegenheit, weitere Informationen im Sinne von Satz 1 an ihn zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt auf Grundlage der übermittelten Informationen innerhalb von drei Monaten eine Bewertung vor, ob</p>	(1) u n v e r ä n d e r t
1. der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist,	
2. der Nutzen zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, oder	
3. die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.	
Für den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 4 gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend. Das Nähere zum Verfahren ist erstmals innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 in der Verfahrensordnung zu regeln. Satz 1 ist erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verfahrensordnung anzuwenden.	
<p>(2) Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S.1), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist, zuzuordnen sind und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist. Eine Methode weist ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept im Sinne von Absatz 1 Satz 2 auf, wenn sich ihr Wirkprinzip oder ihr Anwendungsgebiet von anderen, in der stationären Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet. Nähere Kriterien zur Bestimmung der in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmals bis zum 31. Dezember 2015 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.</p>	<p>(2) Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S.1), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist, oder den aktiven implantierbaren Medizinprodukten zuzuordnen sind und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist. Eine Methode weist ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept im Sinne von Absatz 1 Satz 3 auf, wenn sich ihr Wirkprinzip oder ihr Anwendungsgebiet von anderen, in der stationären Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet. Nähere Kriterien zur Bestimmung der in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmals bis zum 31. Dezember 2015 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.</p>
<p>(3) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in einer Richtlinie nach § 137 zu regeln sind. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen.</p>	<p>(3) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in einer Richtlinie nach § 137 zu regeln sind. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. Der Anspruch auf die</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden.</p>
<p>(4) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 3 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. Die Anforderungen an die Erprobung nach § 137e Absatz 2 haben unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. Nach Ab-</p>	<p>(4) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 4 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen. Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für die Behandlungsfälle, die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>schluss der Erprobung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.</p>	<p>durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden. Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. Die Anforderungen an die Erprobung nach § 137e Absatz 2 haben unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.</p>
<p>(5) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 ist eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung ausgeschlossen; der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Absatz 1 Satz 2.</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Krankenhäuser und Hersteller von Medizinprodukten im Vorfeld des Verfahrens nach Absatz 1 über dessen Voraussetzungen und Anforderungen im Hinblick auf konkrete Methoden. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen der Beratung prüfen, ob eine Methode dem Verfahren nach Absatz 1 unterfällt, insbesondere ob sie ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, und hierzu eine Feststellung treffen. Vor einem solchen Beschluss gibt er im Wege einer öffentlichen Bekanntmachung im Internet weiteren betroffenen Krankenhäusern sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Für den Beschluss gilt § 94 Absatz 2 Satz 1 entsprechend.</p>	<p>(6) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(7) Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“</p>	<p>(7) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
67. § 139a Absatz 3 wird wie folgt geändert:	67. un v e r ä n d e r t
a) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
b) Folgende Nummer 7 wird angefügt:	
„7. Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin.“	
68. Dem § 139b wird folgender Absatz 5 angefügt:	68. un v e r ä n d e r t
„(5) Versicherte und sonstige interessierte Einzelpersonen können beim Institut Bewertungen nach § 139a Absatz 3 Nummer 1 und 2 zu medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen. Das Institut soll die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsamen Vorschläge auswählen und bearbeiten.“	
69. Der Elfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:	69. Der Elfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:
„Elfter Abschnitt	„Elfter Abschnitt
Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern	Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern
§ 140a	§ 140a
Besondere Versorgung	Besondere Versorgung
(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung <i>zugelassener</i> vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort.	(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen.</p>	<p>(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen.</p>
<p>(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:</p>	<p>(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:</p>
<p>1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,	4. un verändert
5. pharmazeutischen Unternehmern,	5. un verändert
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,	6. un verändert
7. Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.	7. un verändert
Die Partner eines Vertrages über eine <i>integrierte</i> Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.	Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.
(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.	(4) un verändert
(5) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.	(5) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend. Falls eine Vorabeinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden.“</p>	<p>(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabeinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.“</p>
<p>70. § 140f wird wie folgt geändert:</p>	<p>70. un verändert</p>
<p>a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 werden nach der Angabe „§ 90“ die Wörter „sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ eingefügt.</p>	
<p>b) Folgender Absatz 7 wird angefügt:</p>	
<p>„(7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 unterstützt. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstaufschlag entsprechend Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, auf Fortbildungen und Schulungen der sachkundigen Personen sowie auf die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
71. In § 192 Absatz 1 Nummer 2a werden nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ eingefügt.	71. un v e r ä n d e r t
72. In § 217f Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 26. August 2013“ und die Wörter „, § 73c Absatz 2 Satz 7“ gestrichen und werden die Wörter „§ 140a Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „§ 140a Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.	72. In § 217f Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 26. August 2013“ und die Wörter „, § 73c Absatz 2 Satz 7“ gestrichen und werden die Wörter „§ 140a Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „§ 140a Absatz 4 Satz 6 und 7“ ersetzt.
73. § 219d Absatz 1 wird wie folgt geändert:	73. un v e r ä n d e r t
a) Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Komma am Ende die Wörter „sowie die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Menschen mit Behinderungen“ eingefügt.	
bb) In Nummer 2 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	
cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:	
„3. Mindestanforderungen an eine im grenzüberschreitenden Verkehr anererkennungsfähige Verschreibung und“.	
dd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.	
b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„In den Informationen nach Satz 2 Nummer 2 ist klar zu unterscheiden zwischen den Rechten, die Versicherte nach § 13 Absatz 4 und 5 in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU geltend machen können und den Rechten, die Versicherte aus der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1) geltend machen können.“	
74. § 220 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	74. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „§§ 73 bis 77 Abs. 1a Satz 1 bis 4“ durch die Wörter „§§ 73 bis 77 Absatz 1a Satz 1 bis 6“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Die Bestellung des Wirtschaftsprüfers oder des vereidigten Buchprüfers zur Prüfung der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds erfolgt durch die beim Bundesversicherungsamt eingerichtete Prüfstelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen. Die Entlastung des Präsidenten oder der Präsidentin des Bundesversicherungsamts als Verwalter des Gesundheitsfonds erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.“	
75. Dem § 221 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:	75. un verändert
„Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 wird in den Jahren 2016 bis 2019 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 reduziert; Satz 2 gilt entsprechend. Der Anteil nach Satz 3 wird dem Innovationsfonds zugeführt; Mittel für den Innovationsfonds, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr anteilig an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückzuführen.“	
76. § 248 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	76. un verändert
„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 in den Fällen des § 256 Absatz 1 Satz 1 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“	
	76a. In § 257 Absatz 2 Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241“ eingefügt.
77. In § 267 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird die Angabe „§ 46 Satz 2“ durch die Angabe „§ 46 Satz 3“ ersetzt.	77. un verändert
78. § 270 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	78. un verändert
„§ 266 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und § 267 Absatz 4 gelten entsprechend.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
79. Dem § 271 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	79. u n v e r ä n d e r t
„Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 3 und 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro abzüglich der Hälfte des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 2 Satz 3 und 4 zugeführt; Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, werden nach § 92a Absatz 3 Satz 5 anteilig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgeführt.“	
80. Nach § 275 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:	80. u n v e r ä n d e r t
„(4a) Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. § 281 Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.“	
81. In § 278 Absatz 2 wird nach dem Wort „Krankenkasse“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Ersatzkassen“ die Wörter „und die BAHN-BKK“ eingefügt.	81. u n v e r ä n d e r t
82. § 279 wird wie folgt geändert:	82. § 279 wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„§ 279
	Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „wird von den Vertreterversammlungen“ durch die Wörter „wird zu zwei Dritteln von den Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung“ ersetzt.	aa) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlungen“ durch die Wörter „Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung“ ersetzt.
bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a“ durch die Wörter „§ 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6“ ersetzt.	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Beschäftigte der Krankenkassen dürfen mit höchstens einem Viertel der Mitglieder im Verwaltungsrat vertreten sein.“
	c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
	„(4a) Bei den Medizinischen Diensten wird ein Beirat errichtet, der den Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt. Er ist vor allen Entscheidungen des Verwaltungsrates zu hören. Der Beirat besteht aus bis zu acht Vertretern. Die Anzahl der Vertreter im Beirat soll der Hälfte der Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates entsprechen. Die Vertreter im Beirat werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar zur einen Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und zur anderen Hälfte auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 3, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Sie legt auch die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>der Bearbeitung der Vorschläge der Organisationen und Verbände nach Satz 3 fest. Die Kosten der Tätigkeit des Beirats trägt der Medizinische Dienst. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirats und zu seiner Finanzierung, ist in der Satzung des Medizinischen Dienstes zu regeln.“</p>
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	cc) entfällt
<p>„Ein Drittel des Verwaltungsrats wird von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 4, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Gleichzeitig legt sie Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge fest.“</p>	
b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „sechzehn Vertreter“ durch die Angabe „18 Mitglieder“ ersetzt.	b) entfällt
c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:	c) entfällt
<p>„(7) Sofern die Amtsdauer eines Verwaltungsrats am ... [einsetzen: erster Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 3] noch mehr als drei Jahre beträgt, gilt Absatz 2 Satz 4 bis 6 entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder für die verbleibende Amtsdauer um bis zu einem Drittel durch die von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmten Personen vergrößert; die Höchstzahl darf abweichend von Absatz 3 Satz 1 überschritten werden.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
83. § 283 Satz 1 und 2 wird aufgehoben.	83. un verändert
84. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	84. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 13 werden die Wörter „Verträgen zu integrierten Versorgungsformen“ durch die Wörter „Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, zu besonderen Versorgungsformen“ ersetzt.	a) un verändert
b) In Nummer 14 wird nach <i>dem Wort</i> „Programme“ ein Komma eingefügt.	b) In Nummer 14 werden die Wörter „und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3)“ gestrichen und wird nach den Wörtern „dieser Programme“ ein Komma eingefügt.
c) Nach Nummer 14 werden die folgenden Nummern 15 und 16 eingefügt:	c) un verändert
„15. die Durchführung des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,	
16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 und zu deren Durchführung“.	
	85. § 295 wird wie folgt geändert:
85. In § 295 Absatz 1b Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 wird jeweils das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt und wird jeweils die Angabe „oder § 73c“ gestrichen.	a) In Absatz 1b Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 wird jeweils das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt und wird jeweils die Angabe „oder § 73c“ gestrichen.
	b) Absatz 5 wird aufgehoben.
86. § 295a wird wie folgt geändert:	86. un verändert
a) In der Überschrift wird die Angabe „, 73c oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.	
b) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „, 73c oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.	
87. § 299 wird wie folgt geändert:	87. un verändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	
„Abweichend von Satz 4 Nummer 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen	
1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dargelegt werden müssen, erforderlich ist;	
<p>2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“</p>	
<p>bb) In Satz 7 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 erforderlichen Daten“ eingefügt.</p>	
<p>b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>	
<p>„Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die Gründe für die Übertragung sind in den Richtlinien,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“	
bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Abweichend von Satz 1 hat die Pseudonymisierung bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „Bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 hat die Pseudonymisierung“ ersetzt.	
88. § 300 Absatz 2 Satz 6 wird aufgehoben.	88. un v e r ä n d e r t
89. In § 305 Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt.	89. un v e r ä n d e r t
90. In § 305a Satz 6 wird die Angabe „, 73c“ gestrichen.	90. un v e r ä n d e r t
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Weitere 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 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 35 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „§ 106 Abs. 4a Satz 3 und 7“ durch die Wörter „§ 106 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.	1. un v e r ä n d e r t
2. In § 64a Absatz 1 Satz 8 wird die Angabe „§ 106 Absatz 3b“ durch die Wörter „§ 106b Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	2. un v e r ä n d e r t
3. In § 73b Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „§ 106a Abs. 3“ durch die Angabe „§ 106d Absatz 3“ ersetzt.	3. un v e r ä n d e r t
4. § 79b wird <i>wie folgt</i> geändert:	4. § 79b Satz 4 wird aufgehoben .
a) <i>Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:</i>	a) entfällt
„Die Vertreter der Ärzte müssen überwiegend psychotherapeutisch tätig sein, darunter soll ein Arzt sein, der die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vertritt.“	
b) <i>Der bisherige Satz 4 wird aufgehoben.</i>	b) entfällt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. § 84 wird wie folgt geändert:	5. un v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift wird das Semikolon und das Wort „Richtgrößen“ gestrichen.	
b) Absatz 6 wird aufgehoben.	
c) Absatz 7 wird Absatz 6 und die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.	
d) Absatz 8 wird Absatz 7 und wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „6“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.	
e) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 8.	
6. § 106 wird wie folgt gefasst:	6. un v e r ä n d e r t
„§ 106	
Wirtschaftlichkeitsprüfung	
<p>(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Daten der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen; dabei sind zusätzlich die Zahl der Behandlungsfälle und eine Zuordnung der verordneten Leistungen zum Datum der Behandlung zu übermitteln. Die §§ 296 und 297 gelten entsprechend.</p>	
<p>(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch</p>	
<p>1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.	
Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 1 bis 3 übermittelt werden. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.	
(3) Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassenden Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.	
(4) Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung. Können Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt werden, weil die erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht fristgerecht übermittelt worden sind, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung der Vorstandsmitglieder	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>und der jeweils entsandten Vertreter im Ausschuss den Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat oder die Vertreterversammlung das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.</p>	
<p>(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.“</p>	
<p>7. Nach § 106 wird folgender § 106a eingefügt:</p>	<p>7. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„§ 106a</p>	
<p>Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen</p>	
<p>(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 Prozent der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Zufälligkeitsprüfung umfasst neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.</p>	
<p>(2) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,</p>	
<p>1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),</p>	
<p>2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),</p>	
<p>3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,	
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.	
<p>(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Absatz 2, zur Bestimmung und zum Umfang der Stichproben sowie zur Auswahl von Leistungsmerkmalen. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.</p>	
<p>(4) Die Richtlinien nach Absatz 3 sind Inhalt der Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 ist insbesondere das Verfahren der Bestimmung der Stichproben für die Zufälligkeitsprüfungen festzulegen; dabei kann die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden. Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Zufälligkeitsprüfung hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.</p>	
<p>(5) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 1 sowie nach Absatz 4 Satz 3 und nach § 275 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b, § 275 Absatz 1a und 1b, dass ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. Nach § 106b wird folgender § 106c eingefügt:	8. u n v e r ä n d e r t
„§ 106c	
Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen	
<p>(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden jeweils eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Über den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter sowie den Sitz des Beschwerdeausschusses sollen sich die Vertragspartner nach Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5 im Benehmen mit den Vertragspartnern nach Satz 1 den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter und entscheidet über den Sitz des Beschwerdeausschusses.</p>	
<p>(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der Krankenkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet. Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird. Kommt eine Einigung nach den Sätzen 2 und 3 nicht zustande, entscheidet die Aufsichtsbehörde nach Absatz 5. Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter. Die Rechtsverordnung kann auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder der Ausschüsse bestimmen, die ihre Pflichten nach diesem Gesetzbuch nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen.</p>	
<p>(3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkassen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Absatz 1 und § 85 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme hat keine aufschiebende Wirkung. Abweichend von Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses nicht statt.</p>	
<p>(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können mit Zustimmung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde die gemeinsame Bildung einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses über den Bereich eines Landes oder einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung hinaus vereinbaren. Die Aufsicht über eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Ausschuss oder die Stelle ihren Sitz hat. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.</p>	
<p>(5) Die Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die So-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.“	
9. Der bisherige § 106a wird § 106d.	9. un v e r ä n d e r t
10. § 113 Absatz 4 wird wie folgt geändert:	10. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „§ 106 Absatz 2 und 3, § 106a“ durch die Wörter „§§ 106 bis 106b und 106d“ ersetzt.	
b) In Satz 2 werden die Wörter „Prüfungsstellen nach § 106 Absatz 4“ durch die Wörter „Prüfungsstellen nach § 106c“ und die Wörter „§ 106 Absatz 2 und 3“ durch die Angabe „§§ 106 bis 106b“ ersetzt.	
11. In § 116b Absatz 7 Satz 7 werden die Wörter „entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d“ gestrichen.	11. un v e r ä n d e r t
12. In § 130b Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „als Praxisbesonderheiten im Sinne von § 106 Absatz 5a“ durch die Wörter „als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten“ ersetzt.	12. un v e r ä n d e r t
13. § 130c Absatz 4 wird wie folgt geändert:	13. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „als Praxisbesonderheiten im Sinne von § 106 Absatz 5a“ durch die Wörter „als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten“ ersetzt.	
b) Satz 2 wird aufgehoben.	
14. In § 140f Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 84 Abs. 7 Satz 6,“ gestrichen.	14. un v e r ä n d e r t
15. In § 274 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 106“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.	15. un v e r ä n d e r t
16. § 275 Absatz 1b wird wie folgt geändert:	16. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 106a Absatz 1“ ersetzt.	
b) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 2 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
17. In § 284 Absatz 2 wird die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 106a Absatz 1 Satz 1 oder § 106b Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.	17. un v e r ä n d e r t
18. § 285 wird wie folgt geändert:	18. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Nummer 5 werden nach der Angabe „§ 106“ die Wörter „bis § 106c“ eingefügt.	
b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 106a“ durch die Angabe „§ 106d“ ersetzt.	
19. § 296 wird wie folgt geändert:	19. § 296 wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„§ 296
	Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen“.
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	b) un v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die Daten nach Satz 1 Nummer 3 jeweils unter Angabe der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	c) un v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.	
bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung,“ gestrichen.	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind der Prüfungsstelle auf Anforderung auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln.“	
c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	d) un verändert
„(4) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle nach § 106c die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.“	
20. § 297 wird wie folgt geändert:	20. § 297 wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „§ 297
	Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen“.
a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“, die Angabe „§ 106 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 106a Absatz 4“ und die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.	b) un verändert
b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.	c) un verändert
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	d) un verändert
aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ und die Angabe „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt und werden die Wörter „verordneten Leistungen sowie die“ durch das Wort „getroffenen“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.	
d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	e) un verändert
„(4) Soweit es zur Durchführung der in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich ist, übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106c die Daten über die von den in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzten verordneten Leistungen unter Angabe der Arztnummer, der Kassenummer und der Krankenkassenversicherungsnummer. Die Daten über die verordneten Arzneimittel enthalten zusätzlich jeweils das Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1. Die Daten über die Verordnungen von Krankenhausbehandlungen enthalten zusätzlich jeweils die gemäß § 301 übermittelten Angaben über den Tag und den Grund der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren sowie die Dauer der Krankenhausbehandlung. Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“</p>	
<p>21. In § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 106“ die Angabe „bis § 106c“ eingefügt.</p>	<p>21. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Artikel 3</p>	<p>Artikel 3</p>
<p>Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch</p>	<p>Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch</p>
<p>Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. In § 26 Absatz 2 Nummer 2a, § 98 Absatz 3 Nummer 3, § 345 Nummer 6a, § 347 Nummer 6a und § 349 Absatz 4b Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen <i>und</i> anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.</p>	<p>1. In § 26 Absatz 2 Nummer 2a, § 98 Absatz 3 Nummer 3, § 345 Nummer 6a, § 347 Nummer 6a und § 349 Absatz 4b Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.</p>
<p>2. In § 312 Absatz 3 werden die Wörter „und Geweben“ durch die Wörter „oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen <i>und</i> anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.</p>	<p>2. In § 312 Absatz 3 werden die Wörter „und Geweben“ durch die Wörter „oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
<p>In § 3 Satz 1 Nummer 3a, § 166 Absatz 1 Nummer 2d und § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe d des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.</p>	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
<p>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
	<p>0. § 44a Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Satz 3 wird das Semikolon und werden die Wörter „dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt“ gestrichen.</p>
	<p>b) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:</p>
	<p>„Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt.“
1. § 55 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	1. un verändert
„Sind landwirtschaftliche Unternehmer, die nicht zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, sowie mitarbeitende Familienangehörige Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, den sie nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Fortwirtschaft zu zahlen haben, erhoben.“	
2. In § 57 Absatz 2 Satz 5 und § 59 Absatz 2 Satz 2 werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.	2. un verändert
3. In § 60 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „die §§ 50, 50a“ durch die Wörter „die § 49 Satz 2, §§ 50 und 50a“ ersetzt.	3. un verändert
4. § 92b wird wie folgt geändert:	4. un verändert
a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 140b Abs. 1“ durch die Wörter „§ 140a Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 140b Abs. 3“ durch die Wörter „§ 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3“ ersetzt.	
c) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 140a Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 140a Absatz 4“ ersetzt und werden die Wörter „für die Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse und“ gestrichen.	
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	un verändert
In § 4 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 16d des Gesetzes vom 21. Juli	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 140c“ durch die Angabe „§ 140a“ ersetzt.	
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In der Überschrift werden die Wörter „Organen oder Geweben“ durch die Wörter „Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammstellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.	
2. In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „erfolgt,“ die Wörter „oder einer Blutspende zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ eingefügt.	
3. In Absatz 2 Satz 1 bis 4 werden jeweils die Wörter „Organen oder Geweben“ durch die Wörter „Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.	
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	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 2 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Dem § 2 Absatz 4a wird folgender Satz angefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb der Land- und Forstwirtschaft regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.“	
2. § 8 wird wie folgt geändert:	2. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 dritter Teilsatz werden die Wörter „oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden“ gestrichen.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden.“	
b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „Organen oder Geweben“ durch die Wörter „Organen, Geweben oder Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.	
3. Dem § 9 wird folgender Absatz 4 angefügt:	3. Dem § 9 wird folgender Absatz 5 angefügt:
„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.“	„(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.“
4. In § 10 Absatz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.	4. un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. In § 13 Absatz 4 wird die Angabe „§ 46 Satz 1“ durch die Wörter „§ 46 Satz 1 und 2“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
6. In § 15 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit nichts Abweichendes bestimmt wird“ eingefügt.	6. u n v e r ä n d e r t
7. In § 22 Absatz 3 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird“ eingefügt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. In § 40 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 7 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „§ 39 Abs. 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 39 Absatz 1“ ersetzt.	8. u n v e r ä n d e r t
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Krankenpflegegesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 4 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 5 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Absatz 7 wird wie folgt geändert:	
a) In Satz 4 wird nach dem Wort „Ausbildung“ ein Komma und werden die Wörter „die zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen führt,“ eingefügt.	
b) In Satz 7 wird nach den Wörtern „auch auf die mit der“ das Wort „zusätzlichen“ eingefügt.	
c) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Abweichend von Satz 5 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>hat vor seiner Entscheidung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverständigen hinzuzuziehen sowie der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Genehmigung der standardisierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.“</p>	
<p>2. Folgender Absatz 8 wird angefügt:</p>	
<p>„(8) Absatz 7 gilt entsprechend für Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 berechtigt sind.“</p>	
<p>Artikel 10</p>	<p>Artikel 10</p>
<p>Änderung des Altenpflegegesetzes</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>§ 4 des Altenpflegegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. März 2013 (BGBl. I S. 446) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	
<p>1. Absatz 7 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) In Satz 5 wird nach den Wörtern „auch auf die mit der“ das Wort „zusätzlichen“ eingefügt.</p>	
<p>b) In Satz 6 wird nach den Wörtern „nach Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „die zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen führt,“ eingefügt.</p>	
<p>c) Die folgenden Sätze werden angefügt:</p>	
<p>„Abweichend von Satz 3 kann der Gemeinsame Bundesausschuss für die Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt hat, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module entwickeln, die vom Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch ohne Vorliegen eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor seiner Entscheidung pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverstand hinzuzuziehen sowie der Bundesärztekammer und den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Genehmigung der standardisierten Module nach Satz 8 erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.“	
2. Folgender Absatz 8 wird angefügt:	
„(8) Absatz 7 gilt entsprechend für Personen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 1 berechtigt sind.“	
Artikel 11	Artikel 11
Änderung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) wird in Satz 2 das Wort „allgemeine“ durch das Wort „ermäßigte“ ersetzt.	
Artikel 12	Artikel 12
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	u n v e r ä n d e r t
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 16b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 3 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 Buchstabe b werden die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	
2. In § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c werden die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.</p>	
<p>3. In der Anlage wird in Abschnitt B1, laufende Nummer 6, und in Abschnitt B2, laufende Nummer 8, jeweils das Wort „Integrationsverträge“ durch die Wörter „integrierte Versorgung“ ersetzt.</p>	
<p style="text-align: center;">Artikel 13</p>	<p style="text-align: center;">Artikel 13</p>
<p style="text-align: center;">Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung</p>	<p style="text-align: center;">u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird folgender Neunter Abschnitt angefügt:</p>	
<p style="text-align: center;">„Neunter Abschnitt</p>	
<p style="text-align: center;">Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen</p>	
<p style="text-align: center;">§ 44</p>	
<p style="text-align: center;">Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds</p>	
<p>(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für die in § 92a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Jahre für jede Krankenkasse für das jeweilige Jahr den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.</p>	
<p>(2) Das Bundesversicherungsamt hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach Absatz 1 von den Zuweisungen an die Krankenkasse nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Jahr abzusetzen. Die §§ 39 und 41 gelten entsprechend.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 14	Artikel 14
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. In § 16 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder in absehbarer Zeit drohende“ gestrichen.
1. Dem § 24 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“	
	2. § 32 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Beschäftigung von Ärzten als Weiterbildungsassistenten nach Satz 2 Nummer 1 erste Alternative ist bei Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung auch nach Abschluss der Weiterbildung zulässig für die Zeit bis zur Entscheidung über den Antrag.“
2. Dem § 32 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung <i>in der Allgemeinmedizin</i> hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“	„In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Dem § 32b werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt:	3. u n v e r ä n d e r t
<p>„(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Arzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.</p>	
(7) § 26 gilt entsprechend.“	
4. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:	4. u n v e r ä n d e r t
<p>„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren.“</p>	
Artikel 15	Artikel 15
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte	u n v e r ä n d e r t
<p>Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4b des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	
1. Dem § 24 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:	
<p>„Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Dem § 32b werden die folgenden Absätze 6 und 7 angefügt:	
<p>„(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt ist zulässig; § 32 Absatz 1 und 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Zahnarzt ist für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Zahnarzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Hat der angestellte Zahnarzt einen gesetzlichen Anspruch auf Freistellung, ist eine Vertretung für die Dauer der Freistellung zulässig.</p>	
(7) § 26 gilt entsprechend.“	
3. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:	
<p>„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren.“</p>	
Artikel 16	Artikel 16
Änderung der Schiedsamtsverordnung	u n v e r ä n d e r t
Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 8 werden die Wörter „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Bundesbeamten nach der Reisekostenstufe C“ durch die Wörter „dem Bundesreisekostengesetz“ und die Wörter „Bundesverband der Ortskrankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. In § 9 werden die Wörter „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der Reisekostenstufe C“ durch die Wörter „dem Bundesreisekostengesetz“ ersetzt.	
3. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:	
„§ 22a	
Bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamt um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten nach § 12 Satz 2 und die Gebühr nach § 20 jeweils entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen.“	
Artikel 17	Artikel 17
Änderung der Schiedsstellenverordnung	u n v e r ä n d e r t
Dem § 6 Absatz 3 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	
„Bei Ablauf der Frist nach § 129 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beginnt das Schiedsverfahren mit dem darauf folgenden Tag; Satz 2 gilt entsprechend.“	
Artikel 18	Artikel 18
Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien	u n v e r ä n d e r t
Das Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626, 2654), das zuletzt durch Artikel 257 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben und die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.	
2. Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 19	Artikel 19
Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung	u n v e r ä n d e r t
Die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung vom 5. Januar 2004 (BGBl. I S. 29), die zuletzt durch die Artikel 25 und 25a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 278) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In der Überschrift wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.	
2. In § 3 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4 Satz 6“ durch die Wörter „§ 106c Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.	
3. In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wird die Angabe „§ 106 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 106c Absatz 5“ ersetzt.	
Artikel 20	Artikel 20
Inkrafttreten, Außerkrafttreten	Inkrafttreten, Außerkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
	(2) Artikel 5 Nummer 0 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2015 in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer 30 tritt am zweiten Tag nach der Verkündung in Kraft.	(3) u n v e r ä n d e r t
(3) Artikel 1 Nummer 82 tritt am ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.	(4) u n v e r ä n d e r t
(4) Artikel 5 Nummer 1 und 3 tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.	(5) Artikel 1 Nummer 16 und Artikel 5 Nummer 1 und 3 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.
(5) Die Artikel 2 und 19 treten am 1. Januar 2017 in Kraft.	(6) u n v e r ä n d e r t
(6) Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) geändert worden ist, tritt am Tag nach der Verkündung außer Kraft.	(7) u n v e r ä n d e r t

Bericht der Abgeordneten Karin Maag, Sabine Dittmar, Birgit Wöllert und Maria Klein-Schmeink

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf **Drucksache 18/4095** in seiner 91. Sitzung am 5. März 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen. Ferner hat der Deutsche Bundestag den Haushaltsausschuss gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 18/4187** in seiner 91. Sitzung am 5. März 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Innenausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 18/4153** in seiner 91. Sitzung am 5. März 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 18/1462** in seiner 39. Sitzung am 5. Juni 2014 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Nach Erkenntnissen der Bundesregierung entsteht durch die demographische Entwicklung, die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt ergebenden neuen Behandlungsmöglichkeiten sowie durch die unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um die ambulante medizinische Versorgung weiter zu verbessern. Zudem bestehe hinsichtlich der unzureichenden Angebote der sektorenübergreifenden Versorgung sowie bei den zielgerichteten, an besonderen Bedarfen ausgerichteten Versorgungsangeboten Handlungsbedarf.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz will die Bundesregierung sicherstellen, dass auch künftig eine bedarfsgerechte, hochwertige, möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten garantiert ist. Deshalb werden die Rahmenbedingungen der Versorgung an die sich ändernden Strukturen angepasst.

1. Stärkung der Patientinnen und Patienten und Erweiterung der Leistungsansprüche

Damit Patientinnen und Patienten weiterhin einen bedarfsgerechten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen einrichten, um die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Psychotherapie-Richtlinie überarbeiten. Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung soll durch die Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassmanagements verbessert

werden. Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden. Hierzu wird ein entsprechender Leistungsanspruch für die Betroffenen geschaffen. Außerdem soll der G-BA weitere strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke entwickeln. Damit auch künftig eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen sichergestellt ist, werden Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen beschränkt. Versicherte sollen bei bestimmten planbaren Eingriffen das Recht erhalten, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Damit sollen die Versicherten sicherstellen können, dass nur medizinisch notwendige Eingriffe durchgeführt werden. Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll ein Wunsch- und Wahlrecht auch für Leistungen nach dem SGB V berücksichtigt werden. Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten einen Anspruch auf zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Prävention. Versicherte sollen in Zukunft ihren Anspruch auf Krankengeld ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erhalten. Die Versicherten behalten ihren Anspruch auf Krankengeld, wenn die Arbeitsunfähigkeitsfolgebesccheinigung bis spätestens am nächsten Arbeitstag verlängert worden ist.

2. Flexibilisierungen auf Seiten der Leistungserbringer

Zur Sicherung der flächendeckenden, gut erreichbaren medizinischen Versorgung werden auf der Leistungserbringerseite die Rahmenbedingungen flexibilisiert: So werden u. a. die Regelungen für die Zu- und Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit verbesserten Anreizen zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten und zum Abbau von Überversorgung weiterentwickelt. Außerdem sollen die Vorgaben für Krankenhäuser und Hochschulambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung und die Regelungen zur Förderung von Praxisnetzen sowie zur Gründung und Ausgestaltung von medizinischen Versorgungszentren flexibilisiert werden. Das vertragsärztliche Vergütungsrecht soll verbessert werden, um die Versorgungsorientierung zu fördern, unbegründete Vergütungsunterschiede abzubauen und um die Leistungen der Hochschulambulanzen angemessen zu vergüten. Im Arzneimittelbereich sollen die Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Arztpraxen neustrukturiert, regionalisiert und weiterentwickelt werden. Im Heilmittelbereich werden Regelungen angepasst, um formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung und Retaxationen gegenüber den Leistungserbringern zu vermeiden.

3. Förderung innovativer Versorgungsformen

Um innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung zu fördern, soll beim G-BA ein Innovationsfonds eingerichtet werden. Hierfür sollen die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds von 2016 bis 2019 jährlich 300 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen mehr wettbewerbliche Vertragsgestaltungsmöglichkeiten. Ferner sollen die Selektivvertragsregelungen entbürokratisiert werden. Hierdurch sollen ebenfalls neue Versorgungsformen gefördert und die Versorgungseffizienz und -effektivität gestärkt werden.

4. Medizinprodukte und Arzneimittel

Für neue Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewandt werden sollen und für die ein Krankenhaus die Vereinbarung eines Entgelts für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem Krankenhausentgeltgesetz anstrebt, wird ein systematisches, obligatorisches und fristgebundenes Verfahren zur Bewertung der Methode durch den G-BA vorgesehen. Darüber hinaus soll eine Regelung Retaxationen bei Apotheken begrenzen. Wegen der bisherigen Konflikte der Vertragspartner soll die Höhe des Apothekenabschlags gesetzlich festgelegt werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung abgegeben. Darin hat er „im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen“ geltend gemacht (Drucksache 18/4095, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 930. Sitzung am 6. Februar 2015 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung genommen und einige Änderungen vorgeschlagen. Diese betreffen insbesondere die Bereiche „Versichertenanspruch auf Zweitmeinung“, „Betrieb medizinischer Versorgungszentren“ und „Teilnahme von Hochschulambulanzen an der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie deren Vergütung“. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus Drucksache 18/4095, Anlage 3.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt. Die Einzelheiten ergeben sich aus Drucksache 18/4095, Anlage 4. Eine Prüfung mit

der Folge der Umsetzung ist insbesondere bei folgenden Vorschlägen erfolgt: Für die Erbringung der Zweitmeinung hat der Bundesrat eine besondere Expertise der Leistungserbringer vorgeschlagen. Dieser Vorschlag des Bundesrates wurde durch einen Änderungsantrag umgesetzt, den der Ausschuss für Gesundheit in seiner Sitzung am 10. Juni 2015 beschlossen hat (Ausschussdrucksache 18(14)95.3). Gleiches gilt für den vom Bundesrat geforderten Verzicht auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, nach der der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft für Hochschulambulanzen einen Überweisungsvorbehalt „im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ vereinbaren können. Die Hochschulambulanzen erhalten durch diesen Verzicht bei den für Forschung und Lehre erforderlichen Patienten einen ungefilterten Patientenzugang. Begünstigend für die Hochschulambulanzen wirkt auch der Verzicht auf die Begrenzung des Leistungsumfangs der Ambulanzen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Auch bei den medizinischen Versorgungszentren wurde einer Bitte des Bundesrates entsprochen, indem der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums künftig in jeder öffentlich-rechtlichen Rechtsform ermöglicht wird.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat die Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs der Bundesregierung festgestellt und deshalb gemäß seinem Einsetzungsantrag (Drucksache 18/559) in seiner 18. Sitzung am 28. Januar 2015 eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben. Darin sieht er von einer Prüfbitte an den Ausschuss für Gesundheit ab, da im Gesetzentwurf die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung ausführlich und plausibel sei (Ausschussdrucksache 18(23)30-8).

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass eine wohnortnahe, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nur durch eine feinstrukturierte Bedarfsplanung gewährleistet werden kann. Dabei müssten die ambulante und die stationäre Versorgung gleichermaßen in die Planung einfließen. Dies sei derzeit aber nicht der Fall, da die ambulante Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die stationäre Versorgung in Krankenhäusern durch die Länder geplant würden, ohne dass die Patientenvertretung einbezogen werde. Durch diese Sektorentrennung entstünden schlecht abgestimmte Versorgungsbereiche, Doppelstrukturen, Reibungsverluste und unnötige Kosten. Die Krankenhäuser könnten zwar in einem sehr engen Rahmen ambulante Behandlungen durchführen. Dadurch würden aber die vorhandenen Ressourcen nicht optimal genutzt. Im geplanten Versorgungsstärkungsgesetz werde dieser Umstand nicht grundsätzlich geändert, da Krankenhäuser nur dann ambulant behandeln dürften, wenn auch über die neuen Terminservicestellen kein Facharzttermin zu erhalten sei. Außerdem beruhe die Bedarfsplanung auf der Fortschreibung einer teilweise nicht mehr aktuellen Datenbasis. Hinzu komme, dass die flächendeckende hausärztliche Versorgung gefährdet sei.

Die Antragsteller fordern, dass die Ermittlung des Versorgungsbedarfs alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfassen und die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung sukzessive aufgehoben werden müsse. Das Ziel sei eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, bei der Kriterien wie Morbidität, demographische Entwicklung, Mobilität und sozioökonomische Faktoren genauso berücksichtigt werden sollten wie die regionalen Infrastrukturen. Dabei könnten das Landesgremium nach § 90a SGB V sowie die Patientenvertretung, die Pflichtmitglied werden solle, eine herausgehobene Rolle übernehmen. Weiter werden die Erprobung und Evaluierung von Modellversuchen zur erhöhten Mobilität von Leistungserbringern und -empfängern gefordert. Zur Stärkung der primärärztlichen Versorgung soll das Studienfach Allgemeinmedizin aufgewertet und die Honorierung der Allgemeinmediziner verbessert werden und die hausarztzentrierte Versorgung das Leitbild sein. Ferner sollten in der ambulanten und stationären Versorgung ausgewählte Aufgaben auf andere Gesundheitsberufe delegiert und substituiert werden. Eine weitere Maßnahme der Antragsteller ist die Streichung von Arztsitzen in überversorgten Regionen, wobei die Versorgungsqualität allerdings sichergestellt bleiben muss. Schließlich sollen Regionalbudgets, die sich am Versorgungsbedarf einer Region und nicht an den vorhandenen Versorgungsstrukturen orientieren, erprobt werden.

Zu Buchstabe c

Für die Antragsteller ist das deutsche Gesundheitssystem zwar eines der weltweit besten. Trotzdem stellen sie einen Anpassungsbedarf an die veränderten Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten fest. Deshalb müssten die Versorgungsangebote und -strukturen grundlegend reformiert werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) habe mehrfach auf die Probleme und den notwendigen Reformbedarf hingewiesen und Reformvorschläge erarbeitet. Der Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes der Bundesregierung greife aber nur wenige dieser Vorschläge auf. Die ambulante und die stationäre Versorgung würden

z. B. weiterhin grundsätzlich getrennt betrachtet, der geplante Innovationsfonds sei zeitlich befristet und die Bedarfsplanung basiere nach wie vor auf der Fortschreibung alten Zahlenmaterials.

Um die Versorgungssituation weiter zu verbessern, müssten die Kommunen und Regionen eine zentrale Rolle bei der Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung übernehmen, da sie die örtliche Versorgungssituation am besten beurteilen könnten. Die Bedarfsplanung müsse allerdings grundlegend reformiert und die sektorübergreifende Versorgung gestärkt werden. Im ambulanten Sektor sollten künftig, analog dem stationären Bereich, die Versorgungsqualität und die -ergebnisse mit geeigneten Indikatoren gemessen sowie vergleichbar und transparent dargestellt werden, damit Versicherte eine informierte Entscheidung bezüglich einer Behandlung treffen könnten. In die gleiche Richtung zielt die Forderung, dass der SVR ein entsprechendes Verfahren zur Messung der Versorgungsleistung und -qualität der Krankenkassen entwickeln solle. Bei den Gesundheitsberufen sollten die Aufgaben grundsätzlich neu verteilt werden, um eine stärkere Teamorientierung auf Augenhöhe und eine größere Arbeitszeitflexibilität und damit familienfreundlichere Arbeitszeiten zu erreichen. Der geplante Innovationsfonds müsse dauerhaft eingerichtet und finanziell aufgestockt werden, indem auch die PKV einbezogen werde. Der Innovationsausschuss müsse eine größere Unabhängigkeit erhalten. Ferner sollte der Kreis der Antragsteller erweitert werden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller stellen fest, die Öffentlichkeit habe einen Anspruch auf größtmögliche Transparenz der Mittelverwendung durch Selbstverwaltungskörperschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung, da es sich dabei um Versicherten- und Steuerzahlergelder handle und die Körperschaften die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung maßgeblich mitbestimmen. Trotz Berichten über Missstände zeige die Bundesregierung aber kein Interesse an stärkeren Aufsichts- und Transparenzregeln für Einrichtungen wie z. B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die Antragsteller fordern, Jahresrechnungen und Haushaltpläne von Selbstverwaltungskörperschaften wie der KBV zukünftig offen zu legen, Unternehmensbeteiligungen dieser Einrichtungen unter Genehmigungsvorbehalt zu stellen und privatrechtliche Ausgründungen ebenfalls der staatlichen Rechtsaufsicht zu unterwerfen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Innenausschuss** hat in seiner 49. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4095 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 49. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4095 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen. Zudem hat der Haushaltsausschuss auf Grund seiner Beteiligung gemäß § 96 GO-BT einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 36. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4095 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Zu Buchstabe b

Der **Innenausschuss** hat in seiner 49. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4187 zu empfehlen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 45. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung

der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4153 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 36. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4153 zu empfehlen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 45. Sitzung am 10. Juni 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, dem Plenum des Deutschen Bundestages die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/1462 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 33. Sitzung am 4. März 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/4187 und 18/4153 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages, eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Gegenstand der Anhörung sollte auch der Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/4099 sein.

In seiner 34. Sitzung am 18. März 2015 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zu den vier genannten Vorlagen aufgenommen.

In der 35. Sitzung am 25. März 2015 hat der Ausschuss seine Beratungen zu den vier Vorlagen fortgesetzt und die Beratungen zum Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)0095.1 zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 aufgenommen und beschlossen, dass der Änderungsantrag ebenfalls Gegenstand der bereits beschlossenen öffentlichen Anhörung sein soll.

Die öffentliche Anhörung fand in der 37. Sitzung am 25. März 2015 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband Managed Care e. V. (BMC), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTV), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzterverband e. V., Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), ZVEI – Zentralverband Elektrotechnik und Elektroindustrie e. V. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Christopher Hermann, Dr. Norbert Metke, Prof. Dr. Dr. Reinhard P. T. Rychlik, Prof. Dr. Wolfgang Spoerr, Prof. Dr. Stefan Greß und Dr. Anke Walendzik. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In der 45. Sitzung am 10. Juni 2015 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zum Antrag auf Drucksache 18/1462 aufgenommen, zu den Drucksachen 18/4095, 18/4187 sowie 18/4153 fortgesetzt und zu allen vier Vorlagen abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 18/4187 abzulehnen.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 18/4153 abzulehnen.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 18/1462 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4095 beschlossen. Diese betreffen neben den Regelungen, die auf Grund der Bitten des Bundesrates aufgenommen wurden, in der Hauptsache folgende Bereiche: Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung erhalten psychologische Psychotherapeuten die Verordnungsbefugnis über Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Krankenhausbehandlung, Krankentransport und Soziotherapie. Zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird die Verpflichtung zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen über die Allgemeinmedizin hinaus auf grundversorgende Facharztgruppen ausgeweitet. Die Förderung hat bundesweit mit bis zu 1000 Stellen zu erfolgen. Weiter werden zwischen Kassenarten bestehende Vergütungsunterschiede für Heilmittel stufenweise angeglichen, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu beseitigen. Aus Versorgungsgesichtspunkten wird schließlich gegenüber dem Gesetzentwurf ein höherer Überversorgungsgrad für die Anwendung der „Soll“-Vorschrift zur Ablehnung einer Nachbesetzung eines Arztsitzes in einem Überversorgten Gebiet festgelegt. Es wird geregelt, dass eine Nachbesetzung erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent abgelehnt werden soll, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlichen Privilegierungstatbestände erfüllt sind. Im Übrigen bleibt es bei der bisherigen gesetzlichen „Kann“-Regelung. Gleichzeitig wird der gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2016 die Bedarfsplanung bedarfsgerechter und insbesondere kleinräumiger fortzuentwickeln, insbesondere auch für die psychotherapeutische Versorgung. In seiner 45. Sitzung am 10. Juni 2015 hat der Ausschuss den Änderungsantrag 6 auf Ausschussdrucksache 18(14)95.3 (§ 32 Absatz 1a) ergänzt und dem G-BA eine Frist für die Regelung der Heilmittelversorgung für Versicherte mit langfristigem Handlungsbedarf gesetzt.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)95.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 18(14)95.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Weiterhin hat dem Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 ein Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)95.2 mit folgendem Wortlaut vorgelegen:

Artikel 1 Nummer 61 wird wie folgt neu gefasst:

„61. In § 134a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „bei ambulanten Entbindungen“ gestrichen.“

Begründung

Der beabsichtigte Regressverzicht in der vorgelegten Fassung (Unterscheidung zwischen einfach- und grobfahrlässig) verfehlt seine Wirkung, die privaten Haftpflichtprämien für Hebammen und Entbindungspfleger zu begrenzen. Er ist komplett zu streichen.

Da nur sehr wenige Fälle dadurch erfasst sind, wird es auch keine spürbare Entlastung geben. Demgegenüber stehen zu erwartende höhere Gerichtskosten durch die Feststellung des Grades der Fahrlässigkeit.

Eine nachhaltige Lösung ist durch einen gemeinsamen Haftungsfonds für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheitsbereich zu erreichen. Das Risiko würde sich auf viele Schultern verteilen und die Prämien könnten nachhaltig sinken. Der Haftungsfonds sollte durch das Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet werden und wäre unabhängig von den kommerziellen Interessen der Versicherungsgesellschaften. Dazu ist zügig ein eigenständiger Gesetzesentwurf vorzulegen.

§ 134a SGB V sieht die Erstattung einer Betriebskostenpauschale vor, in die auch die Berufshaftpflichtversicherung einfließt (im Rahmen der Beitragsstabilität). Auch hier sind Nachbesserungen zur Sicherung der wirtschaftlichen Lage der Hebammen und damit der Versorgung von Schwangeren, Entbindenden und Wöchnerinnen notwendig.

Mit der Einführung des § 134a SGB V 2007 wurde festgelegt, dass die Hebammenvergütung nicht mehr wie zuvor vom Gesetzgeber auf dem Verordnungsweg festgesetzt wird, sondern direkt zwischen den Krankenkassen und den Hebammenverbänden ausgehandelt wird. Die Entlassung der Hebammen in die Selbstverwaltung erfolgte auf einem sehr niedrigen Vergütungsniveau. Deshalb sind die Vertragspartner ausdrücklich verpflichtet worden, bei den Verhandlungen der Vergütungssätze die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflichen Hebammen zu berücksichtigen. Der Einschluss einer Betriebskostenpauschale wird in § 134a ausschließlich im Zusammenhang von ambulanten Entbindungen benannt. Hebammengeleiteten Einrichtungen und Hebammenpraxen, die in der Vor- und Nachsorge und Schwangerenbetreuung tätig sind, sind dadurch von der Berücksichtigung der Betriebskosten ausgeschlossen. Diese Lücke für einen wichtigen Teilbereich der Versorgung mit Hebammenhilfe kann durch das Streichen dieses Zusatzes geschlossen werden.

Dieser Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)95.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/4095 lagen dem Ausschuss für Gesundheit sieben Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

1. Mit der Petition wurde gefordert, dass der Gesetzgeber den in § 46 SGB V geregelten Anspruch auf Krankengeld und die geltenden Fristen eindeutiger formuliert. Der Petition wurde stattgegeben. § 46 SGB V wurde wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
„2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.“
 - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.“

Durch den neuen Wortlaut des Satzes 2 wird geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit erst am nächsten Werktag – mit Ausnahme des Samstags – ärztlich festgestellt wird. Mit der Regelung einschließlich der Klarstellung bezüglich des Samstags wird der nahtlose Leistungsbezug sichergestellt und für die Versicherten bleibt darüber hinaus ihre Mitgliedschaft als Versicherungspflichtige aufgrund des Krankengeldbezuges bestehen. Damit werden die Probleme gelöst, die sich in der Praxis bei der verspäteten Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Folgebescheinigungen zeigen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

2. Mit der Petition wurde gefordert, dass Versicherte innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Der Petition wurde stattgegeben. Zur Verkürzung von Wartezeiten der Versicherten auf Facharzttermine müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen einrichten. Aufgabe der Terminservicestelle ist es, gesetzlich Versicherten, die sich an sie wenden, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt zu vermitteln. Die Wartezeit auf den von dieser Servicestelle zu vermittelnden Facharzttermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Servicestelle keinen Termin vermitteln, so ist sie im Regelfall verpflichtet, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in

- einem Krankenhaus anzubieten (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nummer 29 auf Drucksache 18/4095). Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.
3. Mit der Petition wurde gefordert, dass die für die Einstufung in eine Pflegestufe erforderliche Begutachtung durch ein unabhängiges Gremium erfolgen muss. Der derzeit zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) sei nicht unabhängig, sondern orientiere sich an den Vorgaben der Krankenkassen. Der Petition wurde nicht stattgegeben. Die von den Krankenkassen unabhängige Position des MDK wird aber dadurch weiter gestärkt, dass künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe in einem Beirat bei den Medizinischen Diensten vertreten sein werden. Dadurch können die Interessen dieser Personengruppen bei den den Verwaltungsräten zugewiesenen Aufgaben berücksichtigt werden (§ 279 SGB V). Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.
 4. Mit der Petition wurde gefordert, dass der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Aufnahme der Systemischen und Humanistischen Psychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinie zu prüfen. Der Petition wurde nicht stattgegeben. Zwar wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 30. Juni 2016 seine Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten, jedoch ist die Zielstellung dieser Überarbeitung die Verkürzung der Wartezeiten und die Gewährleistung eines niedrigschwelligen, flexiblen und gut erreichbaren Versorgungszugangs. Im Übrigen ist die Systemische Psychotherapie bereits Gegenstand eines laufenden Bewertungsverfahrens beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Ein für die Prüfung der Aufnahme der Humanistischen Psychotherapie grundsätzlich erforderliches Gutachten des nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes gebildeten Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie liegt bisher nicht vor. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.
 5. Mit der Petition wurde gefordert, die Bedeutung des Hausarztes im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen bzw. die Bedeutung der hausärztlichen Atteste und Bescheinigungen zu stärken. Der Petition wurde nicht entsprochen. Nach § 275 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, in bestimmten Fällen oder bei bestimmten Auffälligkeiten ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MDK) einzuholen. Derzeit sieht der Ausschuss für Gesundheit keine Veranlassung, diese Regelung zu verändern, da sich nach seiner Auffassung das Konzept der Begutachtung durch den MDK bewährt hat. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.
 6. Mit der Petition wurde gefordert, dass Behandlungen der Kinder-Rheumatologie in den EBM-Katalog aufgenommen werden, um eine ordnungsgemäße Abrechnung zu ermöglichen. Außerdem soll die Stelle des Kinder-Rheumatologen beschrieben und dementsprechend als Facharzt abrechnungsfähig gemacht werden. Die Petition wurde nicht stattgegeben. Die ambulante Versorgung rheumakrankter Kinder erfolgt weit überwiegend durch ermächtigte spezialisierte Ambulanzen. Im EBM-Katalog können weiterhin arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen für die Behandlung von Kinder mit Rheuma durch den Bewertungsausschusses beschlossen werden. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.
 7. Mit der Petition wurde gefordert, dass die Zusammensetzung des beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 79b SGB V) nicht so verändert wird, wie es Artikel 2 Nummer 4 GKV-VSG-E vorsieht. Dem Anliegen der Petition wird entsprochen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, die Koalitionsfraktionen hätten den ursprünglichen Kabinettsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes durch die vorliegenden Änderungsanträge abgerundet. Man habe dabei immer als oberstes Ziel das Wohl des Patienten im Blick gehabt und habe das Versorgungsstrukturgesetz aus der letzten Legislaturperiode weiterentwickelt. Man habe das Entlassmanagement verbessert sowie die Hochschulambulanzen aufgewertet und für die Patienten zugänglicher gemacht. Bei den Psychotherapeuten gebe es nun ein verbessertes Jobsharing. Die Versicherten würden weiterhin von allen innovativen Versorgungsformen profitieren. Für Versorgungsforschung und Innovationen stelle man zusätzlich 300 Millionen Euro zur Verfügung, und zwar mit der Perspektive, dass erfolgreiche Modelle in die Regelversorgung überführt werden könnten. Das GKV-VSG sichere Teilhabe und eine qualitativ hochwertige Behandlung ab. Neue Methoden würden systematisch einem Bewertungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss unterzogen. Ein wichtiger Punkt sei die Nachwuchsgewinnung von Ärztinnen und Ärzten. Zu diesem Zwecke habe man einiges zur Verbesserung der Work-Life-Balance und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie getan. So würden die KVen sowie die Krankenkassen verpflichtet, die Weiterbildung zu fördern. Die Mindestzahl der zu fördernden Stellen in der Allgemeinmedizin sei um 50 Prozent auf 7.500 erhöht worden. Der Koalition seien auch die Fachärzte wichtig, daher stelle man weitere 1.000 Stellen insbesondere für Kinder-, Frauen- und konservativ tätige Augenärzte zur Verfügung. Bei

der Nachwuchsgewinnung sei die Angst vor Regressen immer hinderlich gewesen, obwohl 98 Prozent der Vertragsärzte noch nie in Regress genommen worden seien. Trotzdem hebe man die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von ärztlich verordneten Leistungen auf. Dies werde den Abschluss neuer regionaler Vereinbarungen befördern. Zur Stärkung des Teamgedankens, fördere man außerdem Praxisnetze. Man habe der Tatsache, dass auch die Bezahlung stimmen müsse, Rechnung getragen und geregelt, dass neue Behandlungsmethoden innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet werden müssten. Die Koalitionsfraktionen hätten die getrennte fach- und hausärztliche Abstimmung auf die Grundsatzentscheidung in der KBV beschränkt. Man werde die Bedarfsplanung weiterentwickeln und sei bei der Überversorgung zur „Kann“-Regelung zurückgekommen und verlange erst ab 140 Prozent der Regelversorgung den verpflichtenden Aufkauf. Insgesamt sei ein umfangreiches Maßnahmenpaket gelungen, das weiterhin eine gute Versorgung der Patienten in Deutschland ermögliche. Die Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. lehne man ab, da die angesprochenen Themen mit dem VSG angegangen würden. Für die Berufsgruppe der Hebammen habe man bereits sehr viel getan.

Die **Fraktion der SPD** stellte fest, dass das vorliegende Versorgungsstärkungsgesetz effiziente Maßnahmen enthalte, um auch künftig die flächendeckende ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Durch die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erhalte man zum einen ein wesentlich besseres Bild der Versorgungssituation und zum anderen werde die geographische Verteilung der Ärztinnen und Ärzte verbessert. Wichtig sei, dass die Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, die teamorientiert und mit geregelten Arbeitszeiten arbeiten wollten, flexibilisiert worden seien. Durch die Ausweitung des Strukturfonds und durch die Selektivverträge hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nun die Möglichkeit, die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten zu fördern und so Unterversorgung zu vermeiden bzw. zu beheben. Die Selektivverträge seien im Übrigen massiv entbürokratisiert worden. Dies gelte insbesondere für den Nachweis der Wirtschaftlichkeit und für die Bereinigung. Letztere solle gerecht und neutral erfolgen, d. h. es werde keine Bevorzugungen der verschiedenen Vertragsteilnehmer geben. Der Versorgungszugang, der gerade bei der fachärztlichen Versorgung problematisch sei, werde durch die neuen Terminservicestellen, aber auch durch die Öffnung der Hochschulambulanzen für schwere und komplexe Erkrankungen verbessert und das Leistungsangebot durch das strukturierte Zweitmeinungsverfahren, durch die Ausweitung der Disease Management-Programme oder durch die verbesserte zahnmedizinische Versorgung in Heimen ausgeweitet. Hinzu komme der Ausbau des Wunsch- und Wahlrechts bei der medizinischen Rehabilitation. Auch für die psychotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten enthalte das Versorgungsstärkungsgesetz gute Regelungen. Durch die Mittel des Innovationsfonds würden innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung gefördert, was für die Versorgung der Versicherten neue Impulse bedeute.

Die **Fraktionen der CDU/CSU und SPD** legten Wert darauf festzustellen, dass mit § 87b Absatz 4 Satz 2 SGB V (Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe d GKV-VSG) sichergestellt werden solle, dass die Honorarvereinbarung auf Arztelebene im niedergelassenen Bereich flächendeckend wettbewerbsneutral und diskriminierungsfrei durchgeführt werde. Einerseits sei auszuschließen, dass eine durch das besondere Versorgungsangebot des Selektivvertrages gesteigerte Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zu einer Benachteiligung der am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte führe. Gewünschte Patientenwanderungen in den selektivvertraglichen Bereich dürften durch die Vorgaben zur Bereinigung nicht unnötig erschwert werden, soweit sie eine Entlastung der kollektivvertraglichen Versorgung mit sich brächten. Andererseits sei ebenfalls auszuschließen, dass es bei Ärzten, die nicht am Selektivvertrag teilnähmen, zu Auswirkungen komme, die über die allgemeinen Effekte der Entlastung der kollektivvertraglichen Versorgung durch die selektivvertragliche Versorgung hinausgingen. Die Verfahren hätten somit eine neutrale und für alle Ärzte diskriminierungsfreie Honorarvereinbarung vorzusehen, die bei der Honorarverteilung weder zu einer Bevorzugung von Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnähmen, noch von Ärzten, die nicht an einem Selektivvertrag teilnähmen, führen dürfe. Insoweit solle bei der Bereinigung auch verhindert werden, dass eine Diskriminierung von Ärzten, die ausschließlich am Kollektivvertrag teilnähmen, erfolge. Die Regelung schaffe damit die Grundlage zur Vermeidung wettbewerbsverzerrender Regelungen bei der Bereinigung.

Die **Fraktion DIE LINKE.** brachte zum Ausdruck, dass das Versorgungsstärkungsgesetz stellenweise eher der Versorgung der Leistungserbringerinnen und -erbringern und weniger den Versicherten diene. Das Gesetz beinhalte keine einschneidenden Veränderungen. So werde die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht überwunden. Die Veränderungen beim Entlassmanagement oder bei den Selektivverträgen seien hierfür marginal. Es müsse sich zudem noch erweisen, ob durch den neuen Innovationsfonds tatsächlich innovative Konzepte gefördert würden, die die Überwindung der Sektorengrenze zum Ziel hätten. Die Einrichtung von Terminservicestellen, die die Fraktion DIE LINKE. im Übrigen bereits seit 2010 fordere, sei zu begrüßen.

Allerdings müsse die Nutzung der Terminservicestellen evaluiert werden. Dadurch werde man eine Datengrundlage zur tatsächlichen ärztlichen und insbesondere fachärztlichen Versorgungssituation erhalten. Eine effektive Bedarfsplanung müsse auf gesicherten Daten, unter Einbeziehung von Sozialdaten, beruhen. Nur so sei eine kleinräumige Planung möglich. Dies werde aber im Versorgungsstärkungsgesetz nicht in Betracht gezogen. Man begrüße zwar das nun konkret geregelte Zweitmeinungsverfahren, allerdings orientiere es sich zu sehr an Operationsleistungen und sei mit der Erwartung von Kostensenkungen verbunden. Ähnlich verhalte es sich mit der Nutzenbewertung von Medizinprodukten. Nur teure und neuartige Produkte müssten geprüft werden, neue Produkte ohne Mehrkosten könnten ohne Prüfung in Verkehr gebracht werden. Der Regressverzicht seitens der Krankenkassen für durch Hebammen verursachten Schäden sei eine schlechte Lösung des Problems der steigenden Haftpflichtprämien. Deshalb habe man einen entsprechenden Änderungsantrag vorgelegt. Natürlich unterstütze man die Einrichtung spezialisierter Behandlungszentren für Menschen mit Behinderungen. Diese Maßnahme dürfe aber nicht dazu führen, dass der barrierefreie Ausbau der Gesundheitseinrichtungen vernachlässigt werde.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** konstatierte, man habe mit dem GKV-VSG die zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens nicht erfasst, auch wenn einige Detailregelungen durchaus sinnvoll seien. Es sei kein großer Wurf zur Zukunftssicherung der gesundheitlichen Versorgung z. B. mit Blick auf den demografischen Wandel. Denn vor diesem Hintergrund müsse die ärztliche Versorgung künftig dezentraler und sektorübergreifend organisiert werden. Der Gesetzentwurf sei daher eine Enttäuschung, da eine sektorenübergreifende und regionale Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung fehle. Weiterhin fehle ein innovativer Impuls für neue Versorgungsformen in den Regionen. Dafür reiche ein Innovationsfonds mit 500 Millionen Euro nicht aus, insbesondere wenn die Förderentscheidung in den Händen der Akteure liege, die Veränderungen bisher eher skeptisch gegenüber gestanden hätten. Auch für die Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufen fehle die Leitidee und eine Konzeption. Für die Psychotherapeuten sei eine versorgungsorientierte Regelung gefunden worden. Unverständlich sei aber, dass man bei der Bedarfsplanung und der Aufkaufregelung bei den bisherigen Vorschlägen bleibe. Dies werde die bestehende Versorgungslücke noch verstärken. Die Einführung von Terminservicestellen sei ein reines Placebo, das die Ursache des Problems – die Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten bei der Terminvergabe – nicht angehe. Abhilfe schaffe hier letztendlich nur die Einführung der Bürgerversicherung. Auch das Problem der Hebammen werde mit dem Regressverzicht nicht gelöst. Hier müsse dringend eine umfassende Lösung gefunden werden, wie im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 18/850) vorgeschlagen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/4095 empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 18/4095 verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1a

Mit dem Kinderförderungsgesetz vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2403) hat der Gesetzgeber in § 10 Absatz 1 Satz 3 eine bis zum 31. Dezember 2013 befristete Sonderregelung geschaffen, wonach die Betreuung von bis zu fünf gleichzeitig anwesenden, fremden Kindern pauschalierend nicht als hauptberuflich selbständige Tätigkeit angesehen wird. Als Folgeänderung wurde in § 240 Absatz 4 Satz 5 ein Verweis auf diese Regelung eingefügt. Nach diesen Bestimmungen können Kindertagespflegepersonen – bei Vorliegen auch der weiteren Voraussetzungen – in die beitragsfreie Familienversicherung einbezogen werden bzw. unterliegen als freiwillige Mitglieder einer geringeren Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Diese Regelungen sollten den Ausbau der Kindertagespflege unterstützen. Es wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um die bis zum 31. Dezember 2008 von den Krankenkassen vorgenommene Beurteilung der Hauptberuflichkeit einer selbständigen Tätigkeit in der Kindertagespflege auch nach dem Erlass des Bundesministeriums der Finanzen vom 17. Dezember 2007 zur einkommensteuerrechtlichen Behandlung der Geldleistungen für Kinder in Kindertagespflege fortzuführen. Die Regelungen sollten bis zum Abschluss der Ausbauphase der Kindertagesbetreuung gelten, der bis Ende 2013 erwartet wurde.

Durch das Gesetz zur zusätzlichen Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege vom 15. Februar 2013 (BGBl. I S. 250) wurden diese krankensicherungsrechtlichen Sonderregelungen im Zusammenhang mit den erforderlichen weiteren Ausbauinvestitionen in der Kindertagesbetreuung bis zum 31. Dezember 2015 verlängert.

Mit dem Gesetz zur weiteren Entlastung von Ländern und Kommunen ab 2015 und zum quantitativen und qualitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung sowie zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes vom 22. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2411) führt der Bund ein drittes Investitionsprogramm „Kinderbetreuungsfinanzierung“ 2015 - 2018 ein und gewährt den Ländern und Gemeinden für die Jahre 2015 bis 2018 weitere Finanzhilfen für Investitionen in Tageseinrichtungen und zur Kindertagespflege für Kinder unter drei Jahren. Um die notwendige weitere Ausbauphase in der Kindertagesbetreuung zu unterstützen, ist es gerechtfertigt, die Sonderregelungen für Tagespflegepersonen in der gesetzlichen Krankenversicherung letztmalig bis zum 31. Dezember 2018 zu verlängern.

Aufgrund der Verweisung in § 240 Absatz 4 Satz 5 auf die jeweils geltende Regelung zur Familienversicherung gilt diese verlängerte Befristung auch für das Beitragsrecht für hauptberuflich selbständige Tagespflegepersonen; eine gesetzliche Änderung ist diesbezüglich daher nicht erforderlich. Nach § 25 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches gilt § 10 Absatz 1 Satz 3 entsprechend auch für die soziale Pflegeversicherung.

Zu Nummer 2 (§ 11 SGB V)

(Veränderte Rechtsgrundlage für den Anspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung als Satzungsleistung)

Wie im Gesetzentwurf vorgesehen, sollen die Krankenkassen neben dem neu geregelten Zweitmeinungsanspruch nach § 27b (neu) weiterhin die Möglichkeit besitzen, die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung als Satzungsleistung anzubieten. Allerdings soll die dafür zu schaffende Satzungsermächtigung an anderer Stelle im Gesetz geregelt werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung einer Rechtsgrundlage für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen in § 11 Absatz 6 wird gestrichen. Die Möglichkeit, Zweitmeinungen als Satzungsleistungen anzubieten, wird nunmehr unmittelbar in § 27b normiert. Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nicht berücksichtigt (§ 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a). Durch die Verortung der Satzungsleistungen in § 27b sind Aufwendungen der Krankenkassen für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen ebenso wie alle anderen Satzungsleistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53 zuweisungsrelevant. Im Übrigen entspricht der Änderungsbefehl zu § 11 Absatz 4 inhaltlich weiterhin Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a des Gesetzentwurfs.

Zu Nummer 4a (§ 23 SGB V)

(Entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX bei medizinischen Vorsorgeleistungen)

Mit dieser Ergänzung wird eine entsprechende Anwendung des in § 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelten Wunsch- und Wahlrechts Versicherter auch bei Entscheidungen der Krankenkassen über stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 bestimmt. Nach dem geltenden § 23 Absatz 5 Satz 1 bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Mit dieser Änderung wird – wie durch die in § 40 Absatz 3 Satz 1 für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorgesehene Regelung – die eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände der Versicherten durch die entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX gestärkt. Hiernach müssen die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechen. Die Entscheidung der Krankenkasse muss namentlich auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht nehmen (§ 9 Absatz 1 Satz 2 SGB IX). Zwar handelt es sich hier nicht um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, da aber eine vergleichbare Situation vorliegt, ist eine entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts sachgerecht.

Die entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX gilt im Übrigen auch für Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter. Dies ist durch die bestehende Verweisung in § 24 Absatz 2 auf die Regelungen in § 23 Absatz 5 sichergestellt.

Zu Nummer 6 (§ 27 SGB V)

(Mögliche Übertragung der Erstattung der Entgeltfortzahlung an Arbeitgeber auf Dritte)

Zu Buchstabe c

Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzung des § 27 Absatz 1a um die Sätze 5 und 6 wird eine gesetzliche Grundlage für Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Dritten geschaffen, in denen geregelt werden kann, dass z. B. Knochenmarkspenderdateien die Ansprüche der Spender auf Erstattung von Fahrkosten gegenüber den Krankenkassen der Empfänger von Blutstammzellen erfüllen sollen.

Um die Anonymität der Spender möglichst zu wahren und im Sinne einer Verringerung des Verwaltungsaufwands wird dieses Verfahren mit der vorliegenden Änderung auch für eine Übertragung der Erstattung des Verdienstauffalls nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes auf Dritte anwendbar. Nach dieser Vorschrift ist dem Arbeitgeber von der Krankenkasse des Empfängers von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (vgl. hierzu Änderungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes in Artikel 7 des Gesetzentwurfs) das an den Spender fortgezahlte Arbeitsentgelt auf Antrag zu erstatten.

Zu Nummer 7 (§ 27b SGB V)

(Besondere Expertise zur Erbringung der Zweitmeinung, telemedizinische Erbringung, zusätzliche Satzungsleistungen, Befundunterlagen)

Zu Absatz 2

Zu Satz 2

Die Neufassung des Satzes 2 stellt klar, dass durch die Anforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss an die Abgabe der Zweitmeinung und hierfür geeignete Leistungserbringer festlegt, ein besonderer Sachverstand bei der Zweitmeinungserbringung zu gewährleisten ist. Dies ist erforderlich, damit die Funktion der Zweitmeinung zur qualifizierten Überprüfung der Indikationsstellung bei sogenannten mengenanfälligen Eingriffen erfüllt werden kann.

Zu Satz 3

Satz 3 (neu) gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss wesentliche Kriterien für die nach Satz 2 geforderte besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung gesetzlich vor. Diese verdeutlichen, dass die Zweitmeinung nur durch spezialisierte Fachleute und Einrichtungen und nicht durch jeden beliebigen Arzt oder jede beliebige Einrichtung erbracht werden soll. Dabei sind die langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet und Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes zu Diagnostik und Therapie in dem betreffenden Gebiet sowie über Therapiealternativen als Mindestkriterien festgelegt, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die zusätzlich aufgeführten Kriterien (u.a. besondere Zusatzqualifikationen) ergänzt werden können. Soweit er es für die Bewertung der Indikationsstellung für notwendig erachtet, kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach Sätzen 4 (neu) und 5 (neu) Anforderungen mit weiteren Kriterien vorgeben z. B. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs, die etwa durch eine Mindestzahl entsprechender Eingriffe zu belegen sind. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, die Anforderungen für die von ihm bestimmten Eingriffe auf der Grundlage der vorgegebenen Kriterien zu konkretisieren oder auch kumulativ zu verbinden und sie für die unterschiedlichen Leistungserbringer nach Absatz 3 auszugestalten. Die Kriterien sind zudem nicht abschließend vorgegeben, sondern können vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch weitere ergänzt werden, wie die Formulierung „insbesondere“ in Satz 5 (neu) deutlich macht.

Zu Satz 6

Die Regelung in Satz 6 (neu) gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, bei den Festlegungen zur Zweitmeinung auch die Möglichkeiten der telemedizinischen Erbringung einzubeziehen. Er hat danach indikationsbezogen zu entscheiden, ob eine körperliche Untersuchung durch den Zweitmeinungsarzt erforderlich ist oder, ob indikationsbezogen auch eine telemedizinische Erbringung möglich ist. Letzteres kann etwa dann in Betracht kommen, wenn es um eine reine Zweitbegutachtung von Befundunterlagen (z.B. zur Interpretation einer Bildgebung) geht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei den Festlegungen berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.

Zu Absatz 3

Durch die Ergänzung des Absatzes 3 um eine neue Nummer 5 soll der Kreis der möglichen Leistungserbringer für die Erbringung einer Zweitmeinung erweitert werden. So sollen auch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte (z.B. ausschließlich privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte) zur Erbringung

einer Zweitmeinung berechtigt sein. Diese nehmen dann zu diesem Zweck ausnahmsweise an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Regelung stellt damit eine Ausnahme von der Vorschrift des § 95 Absatz 1 Satz 1 dar, nach der nur die dort genannten Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zu Absatz 5

Die Regelung verpflichtet den Arzt, bei der Aufklärung über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung auch auf das Recht zur Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation hinzuweisen. Hierzu zählen auch die Befundunterlagen, auf denen die Indikationsstellung beruht. Der Arzt hat dem Patienten Abschriften, gegebenenfalls auch in elektronischer Form, auszuhändigen. Für Röntgenbilder gilt insbesondere § 28 Absatz 8 der Röntgenverordnung. Hierdurch wird ein effektives Verfahren ermöglicht, bei dem z.B. radiologische Untersuchungen nicht unnötig wiederholt werden müssen, wenn der Versicherte sich zur Einholung einer Zweitmeinung entscheidet. Dabei verzichtet die Regelung auf eine direkte Pflicht zur Übergabe der Unterlagen, um überflüssigen Aufwand und Kosten für den Fall zu vermeiden, dass der Versicherte eine Zweitmeinung gar nicht einholen will. Der Versicherte kann die Übergabe einer Abschrift der Befundunterlagen sowie die Überlassung z.B. von Röntgenbildern unmittelbar, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Für die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen im Falle des Zweitmeinungsanspruchs schreibt die Regelung darüber hinaus abweichend zu § 630g Absatz 2 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Kostentragung durch die Krankenkasse des Versicherten vor. Dies umfasst auch den Aufwand, der dem Arzt durch die Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen entsteht.

Zu Absatz 6

Wie bereits im Gesetzentwurf vorgesehen, sollen die Krankenkassen im Hinblick auf den neu geregelten Zweitmeinungsanspruch weiterhin die Möglichkeit besitzen, für die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten. Diese Satzungsleistungen können den Zweitmeinungsanspruch z.B. bei Indikationen, die für die Patientin oder den Patienten weit reichende Folgen haben oder bei denen regelmäßig mehrere Behandlungsoptionen bestehen, in sinnvoller Weise ergänzen. Die Krankenkassen können dabei auch weitere Leistungserbringer einbeziehen; auch solche, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die dafür zu schaffende Satzungsermächtigung wird mit der Regelung in Absatz 6 Satz 1 nunmehr unmittelbar in der Zweitmeinungsvorschrift verankert. Die Formulierung greift den mit dem Gesetzentwurf zunächst in § 11 Absatz 6 vorgesehenen Regelungsgehalt auf und überführt ihn in die vorliegende Bestimmung. Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nicht berücksichtigt (§ 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a). Durch die Regelung der Satzungsleistungen in § 27b sind Aufwendungen der Krankenkassen für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen ebenso wie alle anderen Satzungsleistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53 zuweisungsrelevant. Hierdurch wird die Umsetzung weiterer Zweitmeinungsangebote stärker gefördert, da die Krankenkassen durch die Berücksichtigung der hierfür entstehenden Kosten bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziell unterstützt werden.

Die Regelung in Satz 2 gewährleistet, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur qualitativen Absicherung der Zweitmeinungserbringung bei kassenspezifischen Angeboten eingehalten werden müssen, wenn diese die nach Absatz 2 Satz 1 ausgewählten Indikationsstellungen betreffen. Satz 3 ordnet die Geltung der Anforderungen gleichermaßen für Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen an, die im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung erbracht werden.

Zu Nummer 7a (§ 28 SGB V)

(Delegation psychotherapeutische Behandlung)

Nach § 28 Absatz 1 Satz 2 gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Regelung gilt nach Absatz 2 Satz 10 für die zahnärztliche Behandlung entsprechend. In Absatz 3 Satz 2 (neu) wird nunmehr klargestellt, dass auch für die psychotherapeutische Behandlung die gleichen Grundsätze gelten. Dabei können beispielsweise administrative Tätigkeiten, wie die Unterstützung des Psychotherapeuten bei der Erstellung eines Berichts oder eines Gutachtens als auch vorbereitende oder behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegiert werden. Die Vorgaben in dem Bundesmantelvertrag sind zu überprüfen und im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich anzupassen.

Zu Nummer 7b (§ 32 SGB V)

(Langfristiger Heilmittelbedarf)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband haben insbesondere auch aufgrund einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen festgestellt, dass das derzeitige Verfahren der Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf von Vielen als hochkomplex und bürokratisch wahrgenommen wird. Dies führt dazu, dass bestehende Möglichkeiten, Heilmittel auch ohne vorherige Genehmigung langfristig in Anspruch zu nehmen, vielfach nicht wahrgenommen werden und der vom Gesetzgeber angestrebte Entlastungseffekt nicht erreicht wird.

Wesentliche Ursache hierfür ist, dass den Krankenkassen sowohl in dem Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen als auch in der Vereinbarung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Absatz 8 Satz 3 ein Wahlrecht eingeräumt wird, ein Genehmigungsverfahren durchzuführen oder darauf zu verzichten.

Erschwerend kommt hinzu, dass das Verfahren der Versorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf in vielfältigen Rechtsquellen wie der Heilmittelrichtlinie des G-BA, dem Merkblatt und der o. g. Vereinbarung sowie zusätzlichen Rundschreiben etc. auf Seiten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt und erläutert wird und damit für die Beteiligten sehr unübersichtlich geworden ist.

Mit den nunmehr in § 32 Absatz 1a vorgesehenen Änderungen sollen die Aufgaben und Spielräume des G-BA normenklar gesetzlich geregelt werden, damit dieser in der Heilmittelrichtlinie ein praktikables, weniger komplexes Verfahren für die Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf verankern kann.

Dabei obliegt es dem G-BA, in der Richtlinie anhand konkreter Kriterien zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf anzunehmen ist. Dies kann – wie derzeit in der Anlage des Merkblatts des G-BA zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen umgesetzt – in Form einer Diagnoseliste erfolgen. Diese Festlegungen des G-BA sind auch in der Vereinbarung über die besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus hat er zu regeln, ob und gegebenenfalls in welchen Fällen ein Genehmigungsverfahren durchgeführt werden soll. Angesichts der nachvollziehbaren Kritik an der bisherigen Wahlmöglichkeit der Krankenkassen und im Hinblick darauf, dass eine medizinisch fachliche Bewertung nicht von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten abhängig sein kann, ist eine einheitliche Regelung ohne Rücksicht auf die Kassenzugehörigkeit sachgerecht. Der G-BA hat auch den Spielraum, zu entscheiden, ob er gänzlich auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet oder ob er z. B. für bestimmte Fälle, in denen er eine medizinische Prognose für schwierig hält, ein Genehmigungs- oder Begutachtungsverfahren vorsieht.

Der G-BA hat – wie schon im geltenden Recht – auch nach dem neuen § 32 Absatz 1a das gesetzgeberische Ziel, die Behandlungskontinuität der Versicherten zu fördern und sie sowie die behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte von unnötigem bürokratischem Aufwand zu entlasten, zu berücksichtigen.

Sofern der G-BA weiterhin Genehmigungsverfahren vorsehen sollte, gelten die Regelungen der Sätze 3 und 4, die den bereits bisher geltenden Vorschriften entsprechen.

Zu Nummer 9 (§ 39 SGB V)

(Entlassmanagement: apothekenrechtliches Zuweisungsverbot; stärkere Einbeziehung der pflegerischen Versorgung in das Entlassmanagement; Packungsgröße)

Zu Buchstabe b

Zu Satz 3

Gemäß § 11 des Apothekengesetzes dürfen Apotheken mit Ärztinnen und Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die u. a. die Zuweisung von Verschreibungen oder die Zuführung von Patientinnen und Patienten zum Gegenstand haben.

Der Bundesgerichtshof hat jedoch im Jahr 2014 den Gestaltungsspielraum für Kooperationen von Krankenhäusern u. a. mit Apotheken beim Entlassmanagement erweitert und entschieden, dass die neueren Regelungen zum Entlassmanagement als *lex specialis* zum apothekenrechtlichen Zuweisungsverbot zu sehen sind.

Das Zuweisungsverbot soll eine Abhängigkeit der Apothekerinnen und Apotheker von Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhauspersonal verhindern und das Prinzip der freien Apothekenwahl absichern. Damit soll auch verhindert werden, dass die flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gefährdet wird. Zudem sollen durch das Zuweisungsverbot korruptionsanfällige unerwünschte Formen der Zusammenarbeit sowie eine unzulässige Einflussnahme auf die eigenverantwortliche Leitung der Apotheke durch die Apothekeninhaberin und den Apothekeninhaber verhindert werden. Dies gilt auch im Rahmen des Entlassmanagements. Durch die Änderung wird daher ausdrücklich klargestellt, dass auch insoweit das Zuweisungsverbot zu beachten ist.

Zu Satz 5

Das Entlassmanagement ist Teil der Leistungen der Krankenversicherung. Es ist daher sachgerecht, dass das Krankenhaus bzw. die Krankenversicherung dafür zuständig sind, das Entlassmanagement durchzuführen und zu steuern bzw. dies zu unterstützen, und ein entsprechender Anspruch gegen sie besteht. Soweit Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen des Versorgungsmanagements im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in Betracht kommen, soll im Rahmen dieses Entlassmanagements auch die Pflegeversicherung in die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen eingebunden werden. Der Verweis in Satz 2 auf § 11 Absatz 4 Satz 4 trägt dieser Intention bereits Rechnung. Mit der vorliegenden Ergänzung wird dies darüber hinaus dahingehend konkretisiert, dass Kranken- und Pflegekasse im Interesse der Versicherten kooperieren sollen, um ein individuell sachgerechtes Versorgungsmanagement sicherzustellen, soweit im Einzelfall ebenfalls Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen. Dies gilt auch für Versicherte, die keine Pflegestufe haben, die aufgrund einer dauerhaften erheblichen Einschränkung ihrer Alltagskompetenz im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) jedoch gleichfalls Ansprüche auf Pflegeleistungen gegen die Pflegeversicherung geltend machen können (sogenannte Pflegestufe 0).

Zu Satz 7

Bei der Verordnung von Arzneimitteln haben Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung zu verordnen. Bei der Bestimmung des kleinsten Packungsgrößenkennzeichens gemäß Packungsgrößenverordnung ist die DIMDI-Verwaltungsvorschrift heranzuziehen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen zu verordnen ist und nicht etwa innerhalb der Packungen mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung eine erneute Auswahl der Größe nach zu treffen ist, obwohl wegen der Spannbreitenregelung in § 1 Absatz 1 Satz 2 der Packungsgrößenverordnung nicht alle Packungen einer Packungsgröße die gleiche Anzahl an Tabletten enthalten.

Zu Satz 8

Folgeänderung zur Einfügung des neuen Satz 4. Die Regelung der Einzelheiten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Rahmenvertragspartner bezieht sich auf alle vorgehenden Sätze 1 bis 7 des Absatzes.

Zu Satz 9

Den unter Nummer 2 dargelegten Aspekten wird ebenfalls dadurch Rechnung getragen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI an der Erarbeitung und am Abschluss des Rahmenvertrages nach Satz 9 mitwirken soll.

Zu Satz 10

Die vorliegende Ergänzung trägt der Regelung Rechnung, dass auch Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen sind (§ 11 Absatz 4 Satz 4). Es ist daher sachgerecht und folgerichtig, dass auch den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vor Abschluss des Rahmenvertrages nach Satz 9 Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird.

Zu Nummer 10a (§ 41 SGB V)

(Entlassmanagement bei Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter)

Im Gesetzentwurf ist nach dem neuen § 40 Absatz 2 Satz 4 vorgesehen, dass die Regelungen zum Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt nach der neuen Regelung des § 39 Absatz 1a bei stationären Aufenthalten zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 entsprechend angewendet werden. Es ist sachgerecht, dass dies auch für die besondere Leistungsform der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter gilt. Deshalb wird durch eine ausdrückliche Verweisung bestimmt, dass der neue § 40 Absatz 2 Satz 4 für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 entsprechend gilt.

Durch die bereits bestehende Verweisung in § 41 Absatz 2 auf § 40 Absatz 3 ist im Übrigen sichergestellt, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Ergänzung des § 40 Absatz 3 Satz 1 zur Beachtung des in § 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelten Wunsch- und Wahlrechts auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 gilt. Nach § 40 Absatz 3 Satz 1 bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Hierzu wird neu geregelt, dass die Entscheidung der Krankenkasse unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX zu erfolgen hat. Dies gilt nach dem Verweis in § 41 Absatz 2 auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter. Die Entscheidung der Krankenkasse muss also auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht nehmen (§ 9 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IX). Im Übrigen wird eine entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts auch für Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach den §§ 23, 24 geregelt.

Zu Nummer 11 (§ 43b SGB V)

(Klarstellungen zu nichtärztlichen Leistungen für versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen)

Der neue § 43b im Gesetzentwurf sieht flankierend zum neuen § 119c, der medizinische Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt, einen Anspruch auf bestimmte nichtärztliche Leistungen vor.

Zur Fassung des § 43b im Gesetzentwurf werden im Kern zwei Änderungen vorgenommen: Zum einen wird durch die Einfügung des Wortes „Versicherte“ vor dem Wort „Erwachsene“ (Nummer 1) klargestellt, dass nur in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Erwachsene einen Leistungsanspruch haben. Dies entspricht insoweit auch der Formulierung des geltenden § 43a. Zum anderen wird durch die Streichung des Wortes „sozialmedizinische“ (Nummer 1) und die Anfügung des Satzes, dass die Leistungen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen umfassen (Nummer 2) der Leistungsinhalt konkretisiert. Es handelt sich um nicht-ärztliche Leistungen, insbesondere psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, die auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen umfassen.

Zu Nummer 12 (§ 43c SGB V)

(Abweichende Vereinbarungen zum Zahlungsweg der Krankenhauszuzahlungen)

Wegen des mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen flankierenden Leistungsanspruchs zu den medizinischen Behandlungszentren in § 43b (neu) verschiebt sich die Regelung zum Zahlungsweg in § 43c (neu). Mit der vorliegenden Änderung wird die dortige Regelung in Absatz 3 über den Zahlungsweg der Krankenhauszuzahlungen durch eine Vereinbarungsbefugnis von Krankenkassen und Krankenhäusern ergänzt, damit der Zahlungseinzug in diesen Fällen effektiver umgesetzt werden kann.

Nach der bisherigen gesetzlichen Regelung in Verbindung mit der Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 9 (Zuzahlungsvereinbarung) vom 13. Dezember 2010 ziehen die Krankenhäuser fällige Zuzahlungen für die stationäre Behandlung beim Patienten selbständig ein. Der Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Leistet ein Versicherter die Zuzahlung nicht bereits bei seiner Entlassung oder nach einer gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung durch das Krankenhaus, erlässt das Krankenhaus diesem gegenüber einen Leistungsbescheid, in dem der Versicherte unter letztmaliger Fristsetzung zur Zahlung aufgefordert wird. Für jedes durch Erlass eines Leistungsbescheides abgeschlossene Verwaltungsverfahren erhält das Krankenhaus von der Krankenkasse eine Kostenpauschale. Die dem Krankenhaus durch Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt entstandenen Kosten werden diesem von der Krankenkasse in angefallener Höhe erstattet. Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, erfolgt auf eine entsprechende Forderung durch das Krankenhaus eine Erstattung der bereits abgezogenen Zuzahlung an das Krankenhaus durch die Krankenkasse. Nach fruchtlosem Ablauf der im Leistungsbescheid enthaltenen Zahlungsfrist wird die Zuzahlungsvollstreckung von der jeweils zuständigen Krankenkasse durchgeführt.

Mit der vorliegenden Ergänzung der Vorschrift erfolgt eine Öffnung für abweichende Vereinbarungen zum Zahlungsweg. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ein schnelleres und kostengünstigeres Einzugsverfahren zu vereinbaren. Das Ziel des Zahlungseinzugs soll dadurch effektiver umgesetzt werden

können. Durch den Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit ist sichergestellt, dass abweichende Vereinbarungen nur erfolgen dürfen, wenn dadurch Krankenhäuser und Krankenkassen von Bürokratiekosten entlastet werden und eine Verringerung der Einnahmen aus den Zuzahlungen nicht zu befürchten steht.

Zu Nummer 13 (§ 44 SGB V)

(Einführung einer Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Umsetzung der Regelung zur individuellen Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Krankengeldbezug)

Zu Absatz 4

Der Gesetzentwurf sieht mit § 44 Absatz 4 (neu) die Einführung eines Anspruchs der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse vor, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Mit der vorliegenden Ergänzung des Absatzes 4 wird geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung dieses Anspruchs vorlegt. Im Rahmen der Evaluierung sollen insbesondere Erkenntnisse über die Inanspruchnahme der individuellen Beratung und Hilfestellung durch die Versicherten sowie über die von den Krankenkassen ergriffenen Maßnahmen gewonnen werden.

Zu Nummer 15 (§ 46 SGB V)

(Regelung zum Krankengeld/AU-Folgebescheinigung einschließlich Samstagsregelung)

Begründung

Zu Buchstabe a

Es bleibt bei der schon mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung, wonach der Anspruch auf Krankengeld von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an entsteht.

In der Begründung wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass damit für Versicherte, deren Anspruch auf Entgeltfortzahlung ausgeschöpft ist und die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (beispielsweise wegen einer Chemotherapie oder bestimmte Formen der Dialyse), die notwendige Absicherung leistungsrechtlich gewährleistet wird.

Insoweit ist zu betonen, dass mit dieser Regelung bewährte und etablierte Verfahren zur Leistungsgewährung in Fällen, in denen bei bestimmten Formen der Dialyse Versicherte nur für Teilarbeitstage an der Arbeitsleistung gehindert sind (vgl. Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 17./18. September 2013 zum § 43 SGB V – Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation; hier: Erstattung des Verdienstausfalls bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitszeit (Teilarbeitstag) wegen einer Dialyse- bzw. Apheresebehandlung), nicht ausgeschlossen werden.

Zu Buchstabe b

Der Gesetzentwurf enthält bereits eine Regelung, dass der Anspruch auf Krankengeld bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit erst am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Damit werden die Probleme gelöst, die sich in der Praxis bei der verspäteten Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Folgebescheinigungen zeigen.

Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung wird wie folgt abgeändert: Rechtstechnisch wird zum einen von der Inbezugnahme des Arbeitstages abgesehen. Zum anderen wird die Regelung dahingehend präzisiert, dass Samstage insoweit nicht als Werktage gelten. Durch den neuen Satz 2 wird nunmehr geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit erst am nächsten Werktag – mit Ausnahme des Samstags – ärztlich festgestellt wird. Durch die ausdrückliche Klarstellung, dass Samstage insoweit nicht als Werktage gelten, ist die ärztliche Feststellung der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit am Montag ausreichend, wenn die zuvor ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit an einem Freitag endet. Dabei ist von einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit auch dann auszugehen, wenn zwischen dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit und der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit ein Wochenende liegt, an dem eine Krankheit hinzugetreten und die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der hinzugetretenen Krankheit verursacht ist und zu keinem Zeitpunkt Arbeitsfähigkeit vorlag.

Mit der Regelung einschließlich der Klarstellung bezüglich des Samstags wird der nahtlose Leistungsbezug sichergestellt und für die Versicherten bleibt darüber hinaus ihre Mitgliedschaft als Versicherungspflichtige aufgrund des Krankengeldbezugs nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten.

Zu Buchstabe c

Durch die Einfügung des neuen Satzes 2 wird der bisherige Satz 2 zu Satz 3. Als erforderliche Folgeänderung ist die Verweisung im neuen Satz 4 entsprechend anzupassen (auf Satz 3 statt auf Satz 2).

Zu Nummer 16 (§ 47a SGB V)

(Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen)

Mit dem Gesetzentwurf wird ein neuer § 47a eingeführt, der Regelungen zu Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen zum Inhalt hat. Mit den vorliegenden Änderungen wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung an bestimmten Stellen konkretisiert.

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht grundsätzlich dem Absatz 1 des Gesetzentwurfs und wird um einen Satz 2 ergänzt. Damit wird klargestellt, dass die Krankenkasse nur insoweit an den zur berufsständischen Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträgen beteiligt wird, als dies dem Leistungsträgeranteil gemäß § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) im Falle einer Rentenversicherungspflicht entspricht. Zum Ausschluss von Überkompensationswirkungen sind die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge auf die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezuges vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge begrenzt.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht grundsätzlich dem Absatz 2 des Gesetzentwurfs und wird darüber hinaus insoweit geändert, dass die Krankenkassen der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung neben Beginn und Ende der Beitragszahlung und dem für das Mitglied zu zahlenden Beitrag, nicht die Höhe des Krankengeldes sondern die Höhe der der Beitragsberechnung zu Grunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 166 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI zu übermitteln haben. Unter Berücksichtigung für die Beteiligten notwendiger und angemessener Realisierungszeiten für die technische Einrichtung des elektronischen Verfahrens hat dies ab dem 1. Januar 2017 durch elektronischen Nachweis zu erfolgen. Analog zu den ansonsten üblichen Datenübertragungsverfahren regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen innerhalb von zwölf Monaten nach Verkündung dieses Gesetzes das Beitragsnachweisverfahren in gemeinsamen Grundsätzen mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zu Nummer 22 (§ 63 SGB V)

(Modellvorhaben Ergotherapie)

Zu Buchstabe a

Wie im Bereich der Physiotherapie wird es den Krankenkassen durch die Änderung auch im Bereich der Ergotherapie ermöglicht, Modellvorhaben zu vereinbaren, in denen abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen werden kann, dass die Ergotherapeuten über die Auswahl und die Dauer der vom Arzt verordneten Therapie einschließlich der Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 23 (§ 64 SGB V)

(Vergütungsvereinbarung bei Modellvorhaben)

Zu Buchstabe b

Der erste angefügte Satz entspricht der Regelung im Gesetzentwurf. Mit der Änderung des zweiten angefügten Satzes wird der Krankenkasse ermöglicht, auf die Vereinbarung zu verzichten, wenn das voraussichtlich zu vereinbarenden Vergütungsvolumen nicht in einem wirtschaftlichen Verhältnis zum Verwaltungsaufwand der Krankenkasse für die Durchführung der Vereinbarung stehen würde. Ein Hemmnis bei der Umsetzung besonderer Verträge wird damit beseitigt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Krankenkassen bleibt unberührt. Im dritten Satz wird der Bewertungsausschuss damit beauftragt, Vorgaben zur pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Vereinbarungsvolumens, zu dessen Übermittlung an die Gesamtvertragspartner, zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert für den Behandlungsbedarf der betroffenen Krankenkasse sowie zur Höhe des Schwellenwertes, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Vereinbarung abgesehen werden kann, zu beschließen. Damit wird die Voraussetzung

für eine aufwandsarme und einheitliche Anwendung dieser Ausnahmeregelung von der Bereinigungspflicht geschaffen und sichergestellt, dass es dabei im Rahmen der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs nicht zu einer Benachteiligung unbeteiligter Krankenkassen kommt.

Zu Nummer 25 (§ 73 SGB V)

(Abweichungsentscheidung zur hausärztlichen Versorgung, Befugnisserweiterung für Psychotherapeuten)

Zu Buchstabe a

Bei drohender oder eingetretener Unterversorgung sind alle Beteiligten aufgerufen, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Abwendung oder Beseitigung der Unterversorgung und für eine bedarfsgerechte Versorgung einzusetzen. Der neue Satz 4 verpflichtet aus diesem Grund die Zulassungsausschüsse, innerhalb von sechs Monaten nach der Feststellung der Landesausschüsse zu prüfen, ob ein Beschluss nach Satz 3 gefasst werden soll, und über das Ergebnis der Prüfung einen Beschluss zu fassen.

Die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, nach § 73 Absatz 1a Satz 3 von der gesetzlich vorgesehenen Differenzierung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung abzuweichen, dient der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung. Für den Fall, dass die haus- oder fachärztliche Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, kann der Zulassungsausschuss mit dem Ziel der Sicherstellung Kinderärzten und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung die gleichzeitige Wahrnehmung haus- und fachärztlicher Aufgaben erlauben, vgl. BT-Drs. 12/3937.

Die neue Regelung in Satz 4 sichert mit der zeitlichen Anknüpfung an die Feststellung des Landesausschusses die zeitnahe Befassung mit der Situation im Zulassungsausschuss.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen werden erweitert. Der Umfang der Erweiterung bemisst sich dabei nach den erforderlichen Kompetenzen, über die die Psychotherapeuten auf Grundlage ihrer Ausbildung verfügen. Vor diesem Hintergrund werden die Befugnisse in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation (insbesondere psychosomatische und psychiatrische Rehabilitation), die Verordnung von Krankentransporten, die Verordnung von Krankenhausbehandlung sowie die Verordnung von Soziotherapie erweitert. Darüber hinaus wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, in den entsprechenden Richtlinien nähere Verordnungsvoraussetzungen zu konkretisieren, ggf. auch besondere Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeuten als Qualitätsanforderung zu regeln.

Zu Nummer 27 (§ 73b SGB V)

(Korrektur eines Verweisfehlers)

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers.

Zu Nummer 29 (§ 75 SGB V)

(Evaluation Terminservicestellen, Nicht-Vertragsärzte im Rettungsdienst, Einbeziehung psychotherapeutischer Sprechstunden)

Zu Absatz 1a

Zu Satz 12

Die Regelungen zur Vermittlung eines zeitnahen Facharzttermins sollen auch für die Vermittlung von psychotherapeutischen Sprechstunden gelten.

Zu Satz 13 folgende

Zur Verringerung der Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie insbesondere Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen und ein Erstgespräch und eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs ermöglichen. Damit die Versicherten auch für diesen Versorgungsbereich kompetente Unterstützung erhalten, finden die Regelungen über die Terminvermittlung über die Terminservicestelle auch für diese und die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforder-

derlichen Behandlungstermine Anwendung. Voraussetzung dafür ist, dass der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind. Es wird erwartet, dass die Vermittlung von entsprechenden Behandlungsterminen über die Terminservicestelle spätestens ab dem 1. Januar 2017 in Anspruch genommen werden kann.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben einen weiten Gestaltungsspielraum bei der Einrichtung und Arbeitsweise der Terminservicestellen. Daher ist grundsätzlich auch die Einführung eines elektronisch gestützten Wartezeitenmanagements möglich, soweit die im Gesetz geregelten Vorgaben zur Terminvermittlung und zum Datenschutz eingehalten werden. Satz 2 macht deutlich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu – neben den Angeboten privater Anbieter – auch eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte IT-Struktur nutzen können. Eine entsprechende Verpflichtung besteht jedoch nicht.

Die Einrichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird mit einer Evaluationsverpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verbunden. Es ist sachgerecht, Transparenz über die Arbeit der Terminservicestellen in Bezug auf die fristgemäße Vermittlung von Facharztterminen, über die Häufigkeit der Inanspruchnahme sowie über die Vermittlungsquoten – insbesondere auch im Hinblick auf das Angebot von Terminen in Krankenhäusern – zu schaffen. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017 zu berichten.

Zu Absatz 1b

Zu Satz 4

In der Praxis sind schon heute Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in den Notarzdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen. Der Verweis auf Satz 3 stellt sicher, dass die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auch insoweit zur Leistungserbringung berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Voraussetzung ist, dass durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist.

Zu Nummer 30 (§ 75a SGB V)

(Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden Fachärzte)

Zur Überschrift

Anpassung der Überschrift im Hinblick auf die Ausweitung der Förderung auch auf grundversorgende Fachärzte (siehe Änderung in Absatz 9).

Zu Absatz 4

Die Vertragspartner nach Absatz 4 werden verpflichtet, in der Fördervereinbarung festzulegen, welche Arztgruppen aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu den grundversorgenden Fachärzten gehören. Da der Begriff grundversorgende Fachärzte bisher nicht definiert ist, werden die Vertragspartner nach Absatz 4 verpflichtet, die Gruppe der grundversorgenden Fachärzte festzulegen. Dabei sollen sich die Vertragspartner auf Grundversorger aus der Gruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach § 12 der Bedarfsplanungsrichtlinie einigen. Vor dem Hintergrund, dass die Förderung der Weiterbildung dazu dient, den spezifischen Bedarf der ambulanten Versorgung zu decken, soll insbesondere die Weiterbildung für Kinder- und Frauenärzte sowie konservativ tätige Augenärzte gefördert werden. Für die grundversorgenden Fachärzte wird in Absatz 9 eine Förderverpflichtung geregelt (siehe Begründung zu Absatz 9).

Zu Absatz 7

Zur weiteren Stärkung der Attraktivität und der Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird für Vertragspartner explizit die Möglichkeit geregelt, einen bestimmten Betrag der Fördersumme (bis zu 5 Prozent) für die Förderung von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, wie zum Beispiel universitär angebundene Kompetenzzentren, bereitzustellen und die Einrichtungen mit diesen Mitteln zu fördern. Zur weiteren Stärkung und Straffung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung soll perspektivisch die Ausgestaltung einer bundesweiten Stiftung geprüft werden.

Zu Absatz 9

Mit der Regelung in Absatz 9 wird die Verpflichtung zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf den Bereich der grundversorgenden Facharztgebiete ausgeweitet. Mit der Ausweitung der Förderung auf den Bereich der fachärztlichen Grundversorger

soll sichergestellt werden, dass auch in Zukunft ausreichend Nachwuchs für diesen Bereich der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Die Förderung bezweckt, dass einerseits auch in Zukunft ausreichend Bereitschaft zur Niederlassung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung besteht sowie andererseits die für den ambulanten Bereich besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden. Dies ist erforderlich, damit sich auch in Zukunft ausreichend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung in freier Praxis entscheiden. Vor diesem Hintergrund ist eine Förderung der Weiterbildung im Bereich der grundversorgenden Fachärzte sinnvoll und sachgerecht und hat daher bundesweit mit bis zu 1 000 Stellen zu erfolgen.

Zu Nummer 32 (§ 79 SGB V)

(Getrennte Abstimmungen nach haus- und fachärztlicher Versorgung sowie Stimmenparität in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Mit der Änderung in Absatz 3a wird die Regelung zur Abstimmung getrennt nach den Versorgungsbereichen hausärztliche und fachärztliche Versorgung und zur paritätischen Stimmenverteilung bei gemeinsamen Abstimmungen auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begrenzt, da dieses Gremium die Grundsatzentscheidungen mit grundlegender Bedeutung für den hausärztlichen sowie den fachärztlichen Bereich trifft. Dies entspricht auch dem Änderungsvorschlag des Bundesrates in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Zu Nummer 33a (§ 81 SGB V)

(Geldbußen bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten)

Durch die Änderung wird die Obergrenze für das Bußgeld, das bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten verhängt werden kann, auf 50 000 Euro erhöht. Die Erhöhung trägt zum einen dem Umstand Rechnung, dass diese Grenze seit ihrer Einführung im Jahre 1983 nicht an die Entwicklung der Einkommensverhältnisse angepasst worden ist. Zum andern ermöglicht sie die Verhängung einer angemessenen Sanktion auch in den Fällen, in denen wegen der Schwere der Verfehlung ein Bußgeld von 10 000 Euro als zu gering, ein befristetes Ruhen der Zulassung wegen der hiermit verbundenen einschneidenden wirtschaftlichen Folgen aber als unverhältnismäßig erscheint.

Zu Nummer 34 (§ 87 SGB V)

(Abrechnung der Zweitmeinung; Bewertungsausschuss: Transparenz durch Verfahrensordnung, Auskunftsanspruch)

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe dd

Durch die Änderung wird zum einen geregelt, dass die Beschlussfassung zur Beschreibung und Bewertung der Leistungen für die Einholung einer Zweitmeinung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungsausschuss in der um die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzten Besetzung gemäß Absatz 5a zu erfolgen hat. Nach § 27b Absatz 3 sind neben den zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärzten und ermächtigten Einrichtungen insbesondere auch zugelassene Krankenhäuser zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt.

Für die Erbringung einer Zweitmeinung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (vgl. Änderungsantrag zu § 27b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5) gelten die Grundsätze zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen unmittelbar, da der Änderungsantrag vorsieht, dass sie zur Erbringung der Zweitmeinung ausnahmsweise an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Mit der Ergänzung der „Kosten“ soll darüber hinaus klargestellt werden, dass die Regelung im EBM auch die Bewertung der Kosten umfasst, die einem Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3 für die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen im Falle des Zweitmeinungsanspruchs entstehen. Dies umfasst auch den Aufwand, der dem Arzt durch die Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen entsteht. Die Kosten für die Zusammenstellung, Überlassung der Befundunterlagen, Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen können auch im Fall der Inanspruchnahme im Rahmen der Kostenerstattung in Rechnung gestellt werden.

Zu den Buchstaben g und h

Bei der Änderung des Absatzes 3c handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung des Absatzes 3e.

Um die Transparenz über die Beratungs- und Entscheidungsverfahren für innovative Leistungen, für die der Bewertungsausschuss zuständig ist, zu erhöhen, wird dieser in Absatz 3e Satz 1 Nummer 1 dazu verpflichtet, eine Verfahrensordnung zu beschließen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Eine entsprechende Vorgabe, eine Verfahrensordnung zu beschließen, gilt heute bereits für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Verfahrensordnung ist im Internet zu veröffentlichen. Ziel der Regelung ist auch eine sachgerechte Verkürzung der Zeit bis zur Beschlussfassung bei der Einführung neuer Leistungen in den EBM. Die Regelung konkretisiert damit die in § 87 Absatz 2 enthaltene Regelung, dass der Bewertungsmaßstab in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen ist, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen. Neue Leistungen, bei denen es sich um eine neue Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt und die daher zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedürfen, fallen nicht unter die künftigen Vorgaben zur Verfahrensordnung des Bewertungsausschusses.

Die neu zu beschließende Verfahrensordnung baut auf der bereits bestehenden und zwischen den Bundesmantelvertragspartnern zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 des EBM vereinbarten Verfahrensordnung (Anlage 22 des Bundesmantelvertrages) auf und erweitert diese insbesondere bezogen auf den Anwendungsbereich. Die neu zu beschließende Verfahrensordnung soll vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung insbesondere die Aufnahme neuer Laborleistungen und humangenetischer Leistungen in den EBM regeln.

In der Verfahrensordnung sind insbesondere die Antragsberechtigten, die methodischen Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung zu regeln. Die methodischen Anforderungen und Fristen sollen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Bewertungsausschusses und der zu bewertenden innovativen Leistungen geregelt werden.

Die bis zum Inkrafttreten der Verfahrensordnung begonnenen Beratungen zu entsprechenden Leistungen sollen zügig nach den bislang geltenden Regelungen abgeschlossen werden.

Mit dieser Regelung wird zudem in Satz 3 die bereits heute praktizierte Transparenz über die Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses aufgegriffen und gesetzlich geregelt, dass auch die Geschäftsordnung im Internet zu veröffentlichen ist. Zudem wird eine Verweiskorrektur in Nummer 2 vorgenommen und der Absatz insgesamt neu gefasst. In diesem Zusammenhang wird auch die neue Nummer 2 dahingehend angepasst, dass nach der inzwischen vollständigen Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses alternativ kein beauftragter Dritter mehr durch den Bewertungsausschuss eingesetzt werden kann und somit auch Vorgaben zur Arbeitsweise eines beauftragten Dritten nach der neuen Nummer 2 durch den Bewertungsausschuss entbehrlich sind.

Vielfach gibt es unterschiedliche Bewertungen zwischen den Akteuren, ob eine neue innovative Leistung bereits eine neue Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 darstellt und deshalb in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt oder ob es sich um neue Leistungen handelt, die in den Zuständigkeitsbereich des Bewertungsausschusses fallen. Um den Initiatoren der Innovationen in der medizinischen Versorgung die Zuordnung ihrer neuen Leistung zu dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu erleichtern, wird mit den Sätzen 4 und 5 dieser Regelung der Bewertungsausschuss verpflichtet, auf Verlangen eine mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss abgestimmte und verbindliche Auskunft zu erteilen, inwieweit eine neue Leistung in die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses oder in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt. Eine abgestimmte Auskunft können pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und die jeweiligen Verbände der pharmazeutischen Unternehmer, der Hersteller von Medizinprodukten und von Diagnostikleistungen, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die Patientenorganisationen nach § 140f verlangen. Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung.

Zu Buchstabe i

Redaktionelle Korrektur der Verweise.

Zu Nummer 37 (§ 90 SGB V)

(Mitberatungsrecht in den erweiterten Landesausschüssen)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung in § 90 Absatz 4 Satz 2 stellt klar, dass die obersten Landesbehörden auch ein Mitberatungsrecht in den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 haben.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 39 (§ 92 SGB V)

(Weitere Präzisierung des Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überarbeitung seiner Psychotherapie-Richtlinie)

Mit der Änderung wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten weiter präzisiert und insoweit um die zu fördernden Elemente frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ergänzt.

Die frühzeitige diagnostische Abklärung soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Ziel der zu treffenden Regelungen zur Förderung der Akutversorgung und der Rezidivprophylaxe ist es, einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Definition und Ausgestaltung der zusätzlich einzuführenden Elemente obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die neuen Elemente können auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunden werden. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Ziel dieser Sprechstunden ist es insbesondere, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Abklärung eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote zu ermöglichen. Dies dient der Verringerung von Wartezeiten auf eine notwendige psychotherapeutische Behandlung. Sobald der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind, finden die Regelungen nach § 75 Absatz 1a über die Terminservicestellen auch für die Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden Anwendung.

Zu Nummer 40 (§§ 92a, 92b SGB V)

(Antragsteller Innovationsfonds, Veröffentlichung geförderter Vorhaben, Expertenbeirat)

Zu § 92a

Zu Absatz 1

Die im Gesetzentwurf bisher enthaltene Aufzählung der möglichen Antragsteller für eine Förderung neuer Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds wird gestrichen. Der Kreis der möglichen Antragsteller ist somit nicht begrenzt. Maßgeblich ist allein, ob das Vorhaben, für das eine Förderung beantragt wird, den Förderkriterien des Absatzes 1 und den vom Innovationsausschuss festgelegten Förderschwerpunkten und -kriterien entspricht.

Der Bezug der geförderten Vorhaben zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll wie im Gesetzentwurf zudem dadurch sichergestellt werden, dass bei der Antragstellung nach Satz 6 neu in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist.

Zu Absatz 2

Entsprechend der Regelung in Buchstabe a wird auch bei der Förderung der Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds die Begrenzung des Kreises der Antragsteller gestrichen. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung sein können. Eine weitere Konkretisierung des Kreises der Antragsberechtigten kann in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsausschusses vorgenommen werden, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf.

Zu § 92b

Zu Absatz 4

Mit der Änderung wird der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses die Aufgabe zugewiesen, die aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben zu veröffentlichen, beispielsweise im Internet. Dies dient dazu, Transparenz über das Fördergeschehen herzustellen.

Zu Absatz 5

Um die wissenschaftliche und versorgungspraktische Ausrichtung der Förderung aus dem Innovationsfonds sicherzustellen, wird geregelt, dass Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen sind.

Zu Nummer 41 (§ 95 SGB V)

(Rechtsform, Sicherheitsleistungen, Gründereigenschaft angestellter Ärzte, Prüfung des Versorgungsauftrags und Übermittlungspflicht)

Zu Buchstabe b

Die Rechtsformwahl für medizinische Versorgungszentren wird erweitert. Damit können Kommunen bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren jede öffentlich rechtliche Rechtsform wählen. Dies eröffnet den Kommunen im Einzelfall mehr Gestaltungsfreiheit, da sie entscheiden können, welche öffentlich rechtliche Rechtsform im Einzelfall zur Anwendung kommen soll. Dies entspricht auch einem Anliegen des Bundesrats. Im Übrigen entspricht die Formulierung dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe c

Wird das medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben, ist Voraussetzung, dass die Gesellschafter zur Sicherung der Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bürgschaft abgeben. Die Beschränkung der Sicherheitsleistung auf die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung stellt insbesondere die öffentlich-rechtlichen Träger vor große rechtliche Schwierigkeiten. Um Schwierigkeiten in der Praxis abzumildern, werden die möglichen Sicherheitsleistungen auch auf solche nach § 232 BGB erweitert.

Zu Buchstabe d

Neben einer Folgeänderung zu Nummer 2 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen ergänzend zu der bereits vorgesehenen Prüfpflicht hinsichtlich der Einhaltung des Versorgungsauftrages verpflichtet, über die Ergebnisse ihrer Prüfungen die Landes- und Zulassungsausschüsse mindestens einmal jährlich zu informieren. Die Berichtspflicht stärkt die Landes- und Zulassungsausschüsse bei Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen vor Ort, da sie fundierter als bisher getroffen und begründet werden können, insbesondere auch bei Entscheidungen über einen gegebenenfalls bestehenden lokalen Versorgungsbedarf. Dies gilt auch für mögliche Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Zu Buchstabe e

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Gründereigenschaft von ehemals zugelassenen Vertragsärzten dann nicht entfällt, wenn der Vertragsarzt zugunsten seiner Anstellung in dem medizinischen Versorgungszentrum auf seine Zulassung verzichtet. Das betrifft sowohl den mitgründenden Vertragsarzt als auch den Vertragsarzt, der später unter Verzicht auf seine Zulassung das bereits bestehende medizinische Versorgungszentrum erweitert. Die Gründereigenschaft wird jedoch weiterhin nur dann gewahrt, wenn der ehemalige Vertragsarzt in dem medizinischen Versorgungszentrum als Angestellter tätig ist und Gesellschaftsanteile an der Trägergesellschaft hält.

Zu Nummer 42 (§ 100 SGB V)

(Anordnung von Zulassungsbeschränkungen)

Die im Entwurf enthaltene Ausweitung der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch die Landesausschüsse auch in Fällen drohender Unterversorgung wird gestrichen. Artikel 1 Nummer 42 ist daher neu gefasst und enthält nunmehr allein die bereits im Entwurf enthaltenen Änderungen zu § 100 Absatz 1.

Zu Nummer 43 (§ 101 SGB V)

(Erweiterung unterdurchschnittlicher Praxisumfang psychotherapeutischer Praxen; Bedarfsplanung: Anpassung Verhältniszahlen und Kleinräumigkeit)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung unter Dreifachbuchstabe aaa entspricht der bisherigen Änderung.

Die Änderung unter Dreifachbuchstabe bbb übernimmt im ersten Halbsatz die bereits vorgesehene Regelung, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgibt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung bei Jobsharing-Verhältnissen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und Anstellungsverhältnissen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs zu bestimmen. Ziel der Regelung ist es, entsprechenden Praxen die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang in einem angemessenen Umfang (z. B. auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe) zu steigern. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird es mit der nunmehr vorgesehenen Ergänzung psychotherapeutischen

Praxen ausdrücklich zugestanden, den Praxisumfang auch über den Durchschnittsumsatz einer psychotherapeutischen Praxis zu steigern, wenn sie ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Anstellungsverhältnis eingeht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die näheren Festlegungen, insbesondere zur Möglichkeit der Überschreitung des durchschnittlichen Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Praxen zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach der Flexibilisierung des gesetzlichen Rahmens der Bedarfsplanung mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der G-BA in der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 die bisherigen Vorgaben überarbeitet und insbesondere die Planungsbereiche neu strukturiert. Nunmehr wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere zu klären, ob für einzelne Arztgruppen eine Anpassung der Verhältniszahlen oder der räumlichen Planung die neue Bedarfsplanung weiter verbessern kann. Bundesweit maßgebliche Kriterien wie die Sozial- und Morbiditätsstruktur sind nach Absatz 2 Nummer 3 bei der Ermittlung einer bedarfsgerechten Versorgung in die Beratungen einzubeziehen. Die Möglichkeit zur flexiblen Festlegung der Planungsbereiche nach Absatz 1 Satz 6, insbesondere einer kleinräumigen Planung, ist ebenfalls explizit mit in die Prüfung einzubeziehen mit dem Ziel, die wohnortnahe Versorgung zu stärken. Anpassungs- und Verbesserungsmöglichkeiten sind insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung knüpft an einen Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates an. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Absatz 2 Nummer 3 die Verhältniszahlen immer dann neu festzulegen oder anzupassen, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Beispielhaft ist bisher die demographische Entwicklung genannt. Die Ergänzung um die Sozial- und Morbiditätsstruktur stellt klar, dass auf Bundesebene auch diese Faktoren einen Regelungsbedarf auslösen können. Bei der Sozial- und Morbiditätsstruktur handelt es sich nicht um regionale Versorgungsbesonderheiten, sondern um bundesweit gewichtige Aspekte der Bedarfsplanung. Folglich sind diese Determinanten in die Bedarfsplanung auf Bundesebene einzubeziehen. Die Möglichkeit zur Abweichung auf regionaler Ebene nach § 99 Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

Zu Nummer 44 (§ 103 SGB V)

(Zulassungsbeschränkungen und Aufkauf von Arztsitzen)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird den Landesausschüssen aufgegeben, neben der Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, eine weitere Feststellung zu treffen, wenn der Versorgungsgrad in einzelnen Arztgruppen und Planungsbereichen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad um 40 Prozent überschreitet. Die Regelung korrespondiert mit der Änderung in Absatz 3a, wonach die Soll-Bestimmung zum Aufkauf von Arztsitzen erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent gilt (vgl. Absatz 3a Satz 7). Damit die Verschärfung ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent umgesetzt werden kann, bedarf es zunächst der Feststellung, dass ein entsprechender Versorgungsgrad erreicht wird. Unabhängig davon bleibt es bei der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz beschlossenen Regelung, dass der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung in Satz 3 enthält den bereits im Gesetzentwurf enthaltenen neuen Privilegierungsgrund für solche Ärztinnen und Ärzte, die sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen. Die bereits im Gesetzentwurf enthaltene mögliche Privilegierung der Ärztinnen und Ärzte, die fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren, wird in eine verpflichtende Privilegierung überführt.

Satz 4 enthält die bereits im Gesetzesentwurf enthaltene Beschränkung der Privilegierung bei Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet auf Personen, die die Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet nach Inkrafttreten des neuen Privilegierungstatbestandes erstmalig aufgenommen haben.

Satz 5 und 6 enthalten die bereits im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen wonach für eine Privilegierung von Angestellten und Jobsharing Partnern eine mindestens dreijährige gemeinsame Tätigkeit vorliegen muss.

Mit der Regelung in Satz 7 wird unter Versorgungsgesichtspunkten eine im Vergleich zum Gesetzesentwurf höhere Toleranzgrenze für die Anwendung der obligatorischen Aufkaufregelung von Arztsitzen geschaffen. Es wird geregelt, dass der Aufkauf von Arztsitzen im Sinne einer Soll-Vorschrift erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent zur Anwendung kommt. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ist weiterhin von Überversorgung auszugehen. Es bleibt bei der Regelung, dass der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen hat, und der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem entsprechenden Planungsbereich ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind. Neben dieser Könnens-Regelung wird nunmehr ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent eine Soll-Bestimmung vorgesehen. Das bedeutet, dass ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent das Ermessen des Zulassungsausschusses bei der Entscheidung darüber, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 durchgeführt werden soll, eingeschränkt ist. Der Zulassungsausschuss ist auch hier verpflichtet zu prüfen, ob die Nachbesetzung des betreffenden Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Kommt er zu dem Ergebnis, dass die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, soll er den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen. Die in Satz 3 zweiter Halbsatz sowie den Sätzen 4 bis 6 geregelten Privilegierungstatbestände finden auch im Rahmen der Soll-Bestimmung Anwendung.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Satz 9 wird geregelt, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes der Arztpraxis auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei der Fortführung der Praxis durch einen Praxisnachfolger nach Absatz 4 Satz 8 anzusetzen gewesen wäre. Dabei gilt auch hier, dass der am Markt theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger nicht in Ansatz zu bringen ist, wenn er den Verkehrswert der Praxis übersteigt. Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung des Verkehrswertes sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis. Die Entschädigung schließt den Ersatz von Folgeschäden, die z. B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, ein; der ausscheidende Vertragsarzt ist dabei zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile des ausscheidenden Vertragsarztes sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu den Änderungen in Absatz 3a (vgl. Buchstabe b).

Zu Nummer 46 (§ 106a)

(Korrektur eines redaktionellen Fehlers)

Korrektur eines redaktionellen Fehlers. Die Regelung ist bereits in Nummer 46 Buchstabe d des Gesetzesentwurfs enthalten.

Zu Nummer 47 (§ 106b)

(Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Folgeänderung zur Änderung des § 32 Absatz 1a. Da dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Neuregelung des § 32 Absatz 1a nunmehr explizit die Option eingeräumt wird, in der Heilmittelrichtlinie eine Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf auch ohne Genehmigungsverfahren vorzusehen, war die Formulierung in § 106b Absatz 4 Nummer 1, die an die Genehmigung anknüpft, anzupassen.

Zu Nummer 51 (§ 116a SGB V)

(Überprüfung der Ermächtigung von Krankenhäusern)

Die Änderung in Buchstabe a entspricht der Formulierung im Gesetzesentwurf. Ergänzt wird die bereits im Entwurf enthaltene Ermächtigungspflicht durch eine verbindliche Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses durch die Zulassungsausschüsse. Hierdurch wird die bereits in der Zulassungsverordnung der Ärzte enthaltene mögliche Befristung der Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung durch eine Überprüfungspflicht flankiert.

Zu Nummer 52 (§ 116b SGB V)

(Weitere Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 entfällt für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen die Voraussetzung, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nur bei schweren Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht werden darf. Diese Einschränkung hätte beispielsweise bei den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle nach Ablauf der Übergangsregelung in § 116b Absatz 8 zur Folge gehabt, dass etwa die Hälfte der bisher nach § 116b alter Fassung versorgten Patientinnen und Patienten nicht in der ASV hätte versorgt werden können. Durch die Aufhebung dieser Einschränkung wird für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen eine weitere kontinuierliche und zukünftige Versorgung dieser Patientengruppe in der ASV gewährleistet.

Das generelle Merkmal, dass die ASV bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, bleibt auch für onkologische und rheumatologische Erkrankungen bestehen. Dies war auch bereits in den bisherigen konkretisierenden Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b alter und neuer Fassung ein wichtiger Bestandteil.

Aus der teilweisen Aufhebung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen ergibt sich Anpassungsbedarf für die vom G-BA nach § 116b Absatz 4 erlassene Richtlinie, insbesondere für die bisher von ihm beschlossenen Regelungen zur Konkretisierung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, den der G-BA unverzüglich umzusetzen hat.

Eine gesetzliche Übergangsregelung für ASV-Leistungserbringer nach derzeitiger Rechtslage auf Grundlage der einzigen bisher in Kraft getretenen Richtlinienkonkretisierung des G-BA zu einer Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen, nämlich zu schweren Verlaufsformen von gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (derzeit nur wenige Teams) ist nicht erforderlich, weil durch die Gesetzesänderung deren Leistungsberechtigung nicht unmittelbar berührt wird. Sofern sich aufgrund der notwendigen Anpassung des Richtlinienbeschlusses des G-BA an die Streichung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen und die vorgenommene weitere Konkretisierung die Voraussetzungen für die Teilnahme an der ASV ändern sollten, ist es – wie bei jeder anderen zwischenzeitlich erfolgenden Änderung der ASV-Richtlinien durch den G-BA – nach § 116b Absatz 2 Satz 7 grundsätzlich die Aufgabe des Leistungserbringers, selbst zu prüfen, ob er die Voraussetzungen noch erfüllt und dem zuständigen erweiterten Landesausschuss ggf. anzuzeigen, wenn dies nicht mehr der Fall ist. Nach § 116b Absatz 2 Satz 8 kann auch der erweiterte Landesausschuss u. a. aus gegebenem Anlass den Leistungserbringer auffordern, ihm gegenüber nachzuweisen, dass er weiterhin die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung in § 116b Absatz 3 Satz 7 dient der Klarstellung, dass die obersten Landesbehörden sowie die Patientenvertretung auch im verkleinerten Gremium des erweiterten Landesausschusses ihr Mitberatungsrecht ausüben können. § 116b Absatz 3 gibt dem erweiterten Landesausschuss eine transparente, rechtssichere und beteiligungsreiche Verfahrensweise vor. In diesem Sinne sollen die Mitberatungsrechte auch im verkleinerten Gremium nicht beschnitten werden.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu den Doppelbuchstaben bb bis ee

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb.

Zu Doppelbuchstabe ff

Mit der Regelung wird die allgemeine Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Auswirkungen seiner Beschlüsse zu beobachten und gegebenenfalls erforderliche Anpassungen vorzunehmen, hinsichtlich der ASV bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen konkretisiert und insbesondere bezüglich nicht nachvollziehbarer Mengen- oder Kostenentwicklungen verstärkt. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über das Ergebnis seiner Prüfung zu berichten.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird ermöglicht, dass neben den vertragsärztlichen Leistungserbringern auch die anderen Leistungserbringer die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung der Leistungen der ASV beauftragen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Aufhebung des Satzes 16 wird die Möglichkeit zur Beauftragung mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die in Satz 1 vorgesehenen öffentlich-rechtlichen Stellen begrenzt.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird der bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, begrenzt. Die nach § 116b alter Fassung getroffenen Bestimmungen werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu der entsprechenden Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ASV berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung. Daraus ergibt sich, dass spätestens nach Ablauf von drei Jahren für alle Krankenhäuser allein das neue Recht gilt.

Zu Nummer 53 (§ 117 SGB V)

(Überweisungsvorbehalt bei Hochschulambulanzen, seltene Erkrankungen, Ermächtigung von Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG)

Zu Buchstabe a

Gestrichen wird die Möglichkeit, einen Überweisungsvorbehalt für die Behandlung durch Hochschulambulanzen bei Forschung und Lehre vorzusehen. Hierdurch wird es Patientinnen und Patienten ermöglicht, im Rahmen von Forschung und Lehre ohne Einschränkungen unmittelbar Zugang zur Behandlung durch Hochschulambulanzen zu erhalten. Dieser ungefilterte Zugang stärkt gleichzeitig auch die Tätigkeit der Hochschulambulanzen im Bereich von Forschung und Lehre.

Die in Absatz 1 ebenfalls geregelte Erweiterung des Ermächtigungsumfangs von Hochschulambulanzen auf die Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, erfasst auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen. Bei der Konkretisierung der Patientengruppen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Versorgung durch eine Hochschulambulanz bedürfen, durch die Vertragspartner sind daher auch die Patientinnen und Patienten, die an einer seltenen Erkrankung leiden, zu berücksichtigen.

Infolge der Erweiterung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind Leistungsverlagerungen aus dem niedergelassenen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung an die Hochschulambulanzen zu erwarten, die nach künftigem Recht Bestandteil der Versorgung der Hochschulambulanzen sind. Die damit verbundenen Auswirkungen auf die im Rahmen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind bei den Vereinbarungen über die Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs

(§ 87a Absatz 5 Satz 7). In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelungen zur Ermächtigung von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) werden in Absatz 2 gestrichen und in einen eigenen Absatz 3 (neu) überführt. Damit wird verhindert, dass die für die Hochschulambulanzen vorgesehenen Änderungen (gesetzliche Ermächtigung und erweiterte Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Personengruppen) über die Verweisregelung in Absatz 2 entsprechend auch für Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gelten. Eine vollständige Verweisung ist hier nicht sachgerecht, weil die anerkannten Ausbildungsstätten andere Aufgaben wahrnehmen als die Hochschulambulanzen.

Zu Buchstabe c

Für die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG werden daher – mit Ausnahme der Regelung zur gesetzlichen Ermächtigung – die bisherigen Regelungen beibehalten. Ebenso wie für die Hochschulambulanzen bedarf es hier zukünftig keines Zulassungsverfahrens mehr. Die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG erbringen lediglich Leistungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Grundlage von Leistungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Daher wird für die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG auf die jeweils entsprechend anzuwendenden erforderlichen Regelungen zur Vergütung ambulanter Leistungen der Ambulanzen aus § 120 verwiesen, um zu gewährleisten, dass die bisherige Vergütung für die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG fort gilt. Dabei wird insbesondere angeordnet, dass bei der Vergütung wie bisher eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Diese Regelung hat sich in Bezug auf die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG bewährt.

Zu Nummer 53a (§ 118 SGB V)

(Erleichterungen für die Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen)

Die Ermächtigungsregelungen nach § 118 Absatz 1 bis 3 erfassen nur solche Einrichtungen, in denen die ambulante Behandlung der Versicherten in der Ambulanz einer Klinik durchgeführt wird. Das setzt eine organisatorische und räumliche Anbindung der Behandlungseinrichtung an die Klinik voraus. Räumlich und organisatorisch nicht an das Krankenhaus angegliederte Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen können nach bisheriger Rechtslage von den Zulassungsausschüssen allein unter den Voraussetzungen des § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ermächtigt werden. Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen wichtigen Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker. Angesichts der besonderen Bedeutung der psychiatrischen Versorgung insbesondere auch für Kinder und Jugendliche werden die Voraussetzungen für die Erteilung einer Institutsermächtigung für Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen gelockert. Außenstellen von psychiatrischen Institutsambulanzen sind daher auch ohne Vorliegen eines Feststellungsbeschlusses über eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen, soweit und solange eine Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Damit wird für Außenstellen von psychiatrischen Institutsambulanzen in § 118 Absatz 4 eine spezielle Ermächtigungsnorm geschaffen.

Zu Nummer 53b (§ 118a SGB V)

(Ermächtigung geriatrischer Rehabilitationskliniken)

Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, der den bedarfsabhängigen Ermächtigungstatbestand des § 118a um die geriatrischen Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender geriatrischer Weiterbildung erweitert.

§ 118a dient dem Ziel, eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, aber wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat versorgt werden können, zu erreichen. Die hierfür erforderliche ärztlich geriatrische Kompetenz ist neben den bisher in Absatz 1 genannten Einrichtungen auch an stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen vorzufinden. Vor diesem Hintergrund sollen auch diese Einrichtungen und die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende geriatrische Weiterbildung verfügen, in den Ermächtigungstatbestand des

§ 118a einbezogen werden, um die Versorgungssituation weiter zu verbessern und gegebenenfalls bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Zu Nummer 56 (§ 120 SGB V)

(Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

Zu Buchstabe c

Doppelbuchstabe cc

Um eine angemessene Finanzierung der Leistungen der Hochschulambulanzen in allen Regionen sicher zu stellen, wird auf die Vorgabe verzichtet, nach der der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger bundeseinheitliche Grundsätze zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang vereinbaren sollen.

Zu Buchstabe d

In den Behandlungsfällen im Krankenhaus nach § 76 Absatz 1a über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen werden den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen weitergehende Mitspracherechte bei den Bestimmungen zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und den erforderlichen Vordrucken zur Abrechnung dieser Leistungen eingeräumt. Dabei sind die durch die Bundesmantelvertragspartner getroffenen Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere zu Vordrucken sowie zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung, zu berücksichtigen, um vergleichbare Regelungen zu gewährleisten und unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden. Zudem wird für die Fälle der Nichteinigung eine Schiedsregelung vorgesehen. Zweck der Regelung ist, auf eine praktikable Umsetzung der Abrechnung hinzuwirken. Die Beteiligung der Krankenkassen ist vor dem Hintergrund der ergänzenden bundesmantelvertraglichen Regelungen zu den Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a vorgesehen. Die Vorgaben zur Schiedsregelung der dreiseitigen Verträge nach § 115 Absatz 3 gelten entsprechend.

Die nunmehr vorgesehene Frist entspricht der Frist zur Errichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 2. Ziel ist, dass mit der Aufnahme der Tätigkeiten der Terminservicestellen alle erforderlichen Regelungen zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen vereinbart bzw. festgesetzt sind.

Zu Nummer 57 (§ 125 SGB V)

(Rahmenempfehlungen und Preisangleichung)

Zu Buchstabe a

Absatz 1 unverändert wie bisher im Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Das Preisniveau bei der Vergütung von Leistungen ist historisch bedingt bei den Ersatzkassen in der Regel höher als das der übrigen Krankenkassen. Während in den Bereichen der ärztlichen sowie zahnärztlichen Vergütung Unterschiede in der Höhe der Vergütungssätze der jeweiligen Krankenkassen über die Jahre abgebaut wurden, war dies im Bereich der Heilmittel bislang nicht der Fall.

Diese Vergütungsunterschiede und die dadurch bedingten Mehrausgaben führen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Um diese zu beseitigen, wird mit den Neuregelungen in Absatz 2a eine schrittweise Angleichung der Heilmittelpreise über einen Zeitraum von fünf Jahren vorgenommen. Die erste Anpassung findet im Jahre 2016 statt, die letzte Anpassung erfolgt im Jahre 2021. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Preise nach fünf Jahren so weit angeglichen haben, dass keine wettbewerbsverzerrenden Unterschiede mehr bestehen.

Der Anpassungsprozess soll dadurch in Gang gesetzt werden, dass eine gesetzliche Preisuntergrenze festgelegt wird. Diese errechnet sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis des betreffenden Landes. Auf welche Preise sich die Vertragspartner in der Spanne zwischen Untergrenze und höchstem Preis letztlich einigen, liegt in ihrer Verhandlungsmacht. Dabei wird sowohl das Ziel der Preisangleichung als auch die finanzielle Situation der Heilmittelerbringer einerseits und der Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen sein. Vereinbarungen, die Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate vorsehen, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn damit die Untergrenze von Satz 1 erreicht werden soll.

Um ein einfaches Verfahren der Berechnung der niedrigsten und höchsten Höchstpreise zu ermöglichen und die wichtigsten Preisvereinbarungen einzubeziehen, werden nur Höchstpreise berücksichtigt, die zwischen den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 vereinbart wurden. Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringern bleiben unberücksichtigt.

Die Vertragspartner auf Kassenseite nach Absatz 2 Satz 1 melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Höchstpreise. Anhand der gemeldeten Preise ermittelt der Spitzenverband Bund die Untergrenze nach Satz 1 und teilt diese sowie den höchsten Preis den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Die gesetzliche Preisuntergrenze kommt nur dann zum Tragen, wenn ein Vergleich der am 1. April des jeweiligen Kalenderjahres gültigen Vertragspreise auf Landesebene eine Abweichung ergibt.

Zu Nummer 60a (§ 132e SGB V)

(Fortgeltung von Impfvereinbarungen)

Die Änderung greift die Stellungnahme des Bundesrates auf. Wie der Bundesrat ausführt, kann es nach der bisherigen Regelung im Falle der Kündigung einer Impfvereinbarung zu einem vertragslosen Zustand kommen, bis eine neue Vereinbarung zu Stande kommt. Versicherte sind dann auf das Kostenerstattungsverfahren angewiesen. Für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen sollten jedoch keine Umsetzungshürden bestehen. Es wird daher geregelt, dass im Fall der Beendigung eines Vertrages, der die Versorgung durch die in Satz 2 genannten Personen regelt, die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter gelten. Die Regelung gilt für Verträge mit den in Satz 2 genannten Personen, da nach Satz 2 eine Berechtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Versorgung mit Schutzimpfungsleistungen vorgeschrieben ist. Durch die Weitergeltung der Bestimmungen des bisherigen Vertrages bleibt eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungsleistungen durch die in Satz 2 genannten Personen ohne das Erfordernis eines Kostenerstattungsverfahrens gewährleistet. Zugleich bewirkt die Regelung, dass für beide Verhandlungspartner gleichermaßen ein Verhandlungsdruck besteht. Der bisherige Vertrag gilt vorläufig weiter bis ein neuer Vertrag oder bis die Entscheidung der Schiedsperson eingreift. Die Regelungen über das Schiedsverfahren in den Sätzen 3 bis 5 sind entsprechend anzuwenden, wenn ein bereits bestehender Vertrag durch Kündigung oder auf andere Weise endet und innerhalb von drei Monaten nach Vertragsende kein neuer Vertrag zustande kommt.

Zu Nummer 64 (§ 137c SGB V)

(Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt)

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzungen in der Formulierung des neuen § 137c Absatz 3 wird der Regelungstext gemäß den Ausführungen in der Begründung des Regierungsentwurfs weiter präzisiert. Die Regelung in § 137c Absatz 3 konkretisiert den Umfang der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt und gewährleistet damit die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt. Sie dient dazu, dass den typischerweise schwerer erkrankten Versicherten in der stationären Versorgung mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen vielversprechende Heilungs- und Behandlungschancen weiterhin zeitnah auch außerhalb von Studien gewährt werden können, auch wenn deren Nutzen noch nicht auf hohem Evidenzlevel belegt ist. Voraussetzung ist, dass die noch nicht allgemein anerkannte Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, also insbesondere die konkrete Behandlung nach fachgerechter ärztlicher Indikationsstellung medizinisch notwendig ist gemäß § 39.

Die Regelung in § 137c Absatz 3 gewährleistet damit einheitliche Bewertungsmaßstäbe für innovative Methoden in der stationären Versorgung sowohl auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), einschließlich des neuen Verfahrens nach § 137h, als auch auf der Ebene der Entscheidung über die Leistungserbringung vor Ort, etwa über den Abschluss einer Vereinbarung über ein Entgelt für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB-Entgelt) oder im Rahmen einer Abrechnungsprüfung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Der bestehende Wertungswiderspruch in der Gesetzesauslegung in der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R), wonach jede einzelne Krankenkasse einem Versicherten die Kostenübernahme für eine Methode mit Potential als erforderliche Behandlungsalternative verwehren kann, während der G-BA die gleiche Methode nicht unmittelbar nach § 137c Absatz 1 aus der Versorgung ausschließen dürfte, wird somit aufgehoben. Im Übrigen bleibt es dabei, dass das Krankenhaus etwa im Rahmen einer Abrechnungsprüfung

darlegen muss, dass die angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkasse jeweils erbracht werden durfte, sie also nach dem verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufwies und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgte, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig war.

Für neue Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse erfolgt durch die Einführung des systematischen Bewertungsverfahrens nach § 137h nun eine frühzeitige Prüfung und eine ggf. erforderliche Erprobung unter strukturierten Bedingungen durch den G-BA. Methoden, die nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind, dürfen weiterhin nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Zu Nummer 66 (§ 137h SGB V)

(Klarstellung der Einbeziehung aktiver, implantierbarer Medizinprodukte und rückwirkende Gewährung von NUB-Entgelten bei neuen Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)

Zu Absatz 2

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die maßgeblich auf dem Einsatz eines aktiven, implantierbaren Medizinprodukts beruhen, grundsätzlich dem Verfahren nach § 137h unterliegen. Hiervon wurde auch bereits bisher ausgegangen. Diese Medizinprodukte sind in ihrem Risikopotential vergleichbar mit Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse III, werden aber gemäß § 13 Absatz 1 Satz 1 des Medizinproduktegesetzes nicht nach den Klassifizierungsregeln des Anhangs IX der Richtlinie 93/42/EWG in eine Risikoklasse eingeordnet, sondern die Vorgaben für aktive implantierbare medizinische Geräte auf EU-Ebene sind in der eigenständigen Richtlinie 90/385/EWG geregelt. Da die bisherige Formulierung im Gesetzentwurf an die Zuordnung zu Risikoklassen nach Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG anknüpft, ist eine klarstellende Ergänzung erforderlich, mit der die aktiven implantierbaren Medizinprodukte ausdrücklich in die Definition der Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse im Sinne des § 137h einbezogen werden.

Des Weiteren handelt es sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu Absatz 3

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sieht vor, dass der G-BA innerhalb von drei Monaten über den Nutzen, das Potential als erforderliche Behandlungsalternative oder das Fehlen eines Potentials entscheidet. Einschließlich der die Bewertung vorbereitenden Maßnahmen kann die Spanne zwischen der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB-Anfrage) beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und der G-BA-Entscheidung nach dem Gesetzentwurf viereinhalb Monate betragen. Kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass der Nutzen der neuen Methode bereits als hinreichend belegt anzusehen ist oder sie zumindest das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, und kommt eine Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern über ein Entgelt für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB-Entgelt) zur Finanzierung der neuen Methode nicht innerhalb von drei Monaten nach der G-BA-Entscheidung zu Stande, sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Schiedsstelle das NUB-Entgelt innerhalb von sechs Wochen festzulegen hat.

Um zu verhindern, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen zu etwaigen Verzögerungen bei der Vereinbarung von NUB-Entgelten und damit der sachgerechten Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse führen, sehen die wortgleichen Ergänzungen in Absatz 3 und Absatz 4 vor, dass der Anspruch des Krankenhauses auf das vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgelegte NUB-Entgelt bereits für die Patientinnen und Patienten besteht, die nach der NUB-Anfrage beim InEK in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. Da die Krankenhäuser auf Grund der geltenden Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt auch vor der Bewertung durch den G-BA und vor der Vereinbarung oder Festsetzung eines NUB-Entgelts die Methode erbringen können und hierfür regelhaft eine Vergütung erhalten, ist von den Vertragsparteien vor Ort für alle betroffenen Patientinnen und Patienten die Differenz zwischen dem vereinbarten oder festgelegten NUB-Entgelt und der bereits gezahlten Vergütung zu ermitteln, um eine Doppelvergütung zu vermeiden. Die Auszahlung des für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermittelten Differenzbetrags erfolgt nach dem Verfahren gemäß § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegeverordnung. Die Nutzung bereits bestehender Verfahren gewährleistet eine aufwandsarme Abwicklung des rückwirkenden Vergütungsanspruchs noch im laufenden Jahr.

Da das NUB-Entgelt höher ausfällt als die ursprüngliche Vergütung, führt der Änderungsantrag zu Mehrausgaben für die Kostenträger, die jedoch nicht quantifizierbar sind, weil die Höhe der NUB-Entgelte und der ursprünglichen Vergütung sowie die Anzahl der betroffenen Behandlungsfälle nicht bekannt sind.

Zu Absatz 4

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises, des Weiteren siehe Begründung zu Absatz 3.

Zu Nummer 69 (§ 140a SGB V)

(Selektivverträge über eine besondere Versorgung; besondere ambulante ärztliche Versorgung; Klarstellung zu Zweitmeinungsangeboten als Leistungen der besonderen Versorgung)

Zu Absatz 1

Mit der Neufassung des § 140a werden die bisherigen Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen (§ 73a), Verträgen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c) und Verträgen über eine integrierte Versorgung (§ 140a) in einer Norm zusammengefasst und entbürokratisiert. Alle nach bisherigem Recht möglichen Vertragsformen sind auch auf der neuen Rechtsgrundlage künftig möglich. Vor diesem Hintergrund stellt die Änderung klar, dass Krankenkassen – wie auf Basis des bisher geltenden Rechts – ambulante ärztliche Versorgungsaufträge nicht nur mit den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, sondern auch mit den dazu ermächtigten ärztlichen Leistungserbringern vereinbaren können.

Die Änderung stellt in Anlehnung an das bisherige Recht klar, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt ist, soweit die Versorgung der Versicherten im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung erfolgt. Das gilt jedoch nur insoweit, als in diesen Verträgen Leistungen erbracht werden, die ansonsten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden müssten. Handelt es sich um Verträge über zusätzliche Leistungen (sog. add-on Verträge), die nach der Neufassung des Absatzes 2 ebenfalls ausdrücklich möglich sind, so sind diese ohnehin nicht vom Sicherstellungsauftrag umfasst. Die Ergänzung durch Satz 5 ist gleichlautend mit der Änderung des § 73b Absatz 4 Satz 7. Es wird sichergestellt, dass keine separate Organisation des Notdienstes im Rahmen von Selektivverträgen erforderlich ist. Der Notdienst soll nach den Vorgaben des § 75 Absatz 1b durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden.

Zu Absatz 2

Mit der Aufnahme des § 27b in § 140a Absatz 2 Satz 2 (neu) wird klargestellt, dass auch Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung, die nach § 27b Absatz 6 (neu) Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, in den Verträgen vereinbart werden können. Die Krankenkassen haben demnach die Möglichkeit, die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung neben dem Anspruch nach § 27b (neu) auch als Satzungsleistung oder im Rahmen eines Vertrages nach § 140a anzubieten.

Zu Absatz 3

Für Verträge über eine integrierte Versorgung (sog. IV-Verträge) bestand schon nach bisherigem Recht eine Sonderregelung, nach der die Vertragspartner auf Grundlage des jeweiligen Zulassungsstatus für die besondere Versorgung vereinbaren können, dass auch Leistungen über den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers hinaus erbracht werden dürfen. Mit der Neuordnung der Selektivverträge soll unter anderem die besondere ambulante ärztliche Versorgung für die Beteiligung durch Krankenhäuser geöffnet werden. Voraussetzung hierfür ist die Beteiligung eines vertragsärztlichen Leistungserbringers. Die Sonderregelung für IV-Verträge soll dann sachgerecht auch für Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gelten.

Zu Absatz 6

Der erste angefügte Satz entspricht der Regelung im Gesetzentwurf. Mit der Änderung des zweiten angefügten Satzes wird der Krankenkasse ermöglicht, auf die Bereinigung zu verzichten, wenn das voraussichtlich zu bereinigende Vergütungsvolumen nicht in einem wirtschaftlichen Verhältnis zum Verwaltungsaufwand der Krankenkasse für die Durchführung der Bereinigung stehen würde. Ein Hemmnis bei der Umsetzung besonderer Verträge wird damit beseitigt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Krankenkassen bleibt unberührt. Im dritten Satz wird der Bewertungsausschuss damit beauftragt, Vorgaben zur pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens, zu dessen Übermittlung an die Gesamtvertragspartner, zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert für den Behandlungsbedarf der betroffenen Krankenkasse sowie zur Höhe des Schwellenwertes, unterhalb dessen

von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu beschließen. Damit wird die Voraussetzung für eine aufwandsarme und einheitliche Anwendung dieser Ausnahmeregelung von der Bereinigungspflicht geschaffen und sichergestellt, dass es dabei im Rahmen der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs nicht zu einer Benachteiligung unbeteiligter Krankenkassen kommt.

Zu Nummer 72 (§ 217f SGB V)

(Korrektur eines Verweisfehlers)

Korrektur eines Verweisfehlers im Gesetzentwurf. § 140a Absatz 4 (statt Absatz 3) und § 217f Absatz 4a verweisen aufeinander.

Zu Nummer 76a (§ 257 SGB V)

(Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beim Beitragszuschuss für privat versicherte Bezieher von Kurzarbeitergeld)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133). Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wurde der allgemeine Beitragssatz nach § 241 zum 1. Januar 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt und der seinerzeit darin enthaltene mitgliederbezogene Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Prozent abgeschafft. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit der Erhebung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge eingeführt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass für die Berechnung des Arbeitsgeberzuschusses für privat versicherte Bezieher von Kurzarbeitergeld der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241 gilt. Damit wird sichergestellt, dass der Anspruch auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar mit dem Beitrag des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte während des Bezuges von Kurzarbeitergeld ist.

Zu Nummer 82 (§ 279 SGB V)

(Errichtung eines Beirats bei den MDK; Begrenzung der Wählbarkeit von Krankenkassenmitarbeitern in die Verwaltungsräte der MDK)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird um den bei den Medizinischen Diensten (MDK) zu errichtenden Beirat ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird – wie bisher bereits im Entwurf vorgesehen – die Vorschrift an das seit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1996 geltende Recht angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Wegfall der im bisherigen Buchstaben a Doppelbuchstaben bb vorgesehenen Änderung bleibt die geltende Rechtslage, nach der Beschäftigte der Krankenkassen grundsätzlich in die Verwaltungsräte der MDK gewählt werden können, erhalten. Mit einem vollständigen Ausschluss der Wählbarkeit von hauptamtlichen Mitarbeitern der Krankenkassen in die Verwaltungsräte würde es insbesondere für bundesweit tätige Krankenkassen schwierig, die erforderliche Anzahl von sachkundigen Personen aus der Selbstverwaltung für die Vertretung in allen MDK-Verwaltungsräten zu stellen. Die grundsätzliche Wählbarkeit von Beschäftigten der Krankenkassen wird allerdings insoweit eingeschränkt, als für ihren Anteil an der Gesamtzahl der Mitglieder im Verwaltungsrat eine Obergrenze eingeführt wird. Es wird dem Absatz 2 ein neuer Satz 4 hinzugefügt, durch den der Anteil der Beschäftigten von Krankenkassen in den Verwaltungsräten der MDK auf höchstens ein Viertel der Gesamtzahl der Mitglieder begrenzt wird. Die Höhe dieser Begrenzung ergibt sich aus dem Durchschnitt des derzeitigen Anteils hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter aller MDK (rd. 25 Prozent).

Die Begrenzung des Anteils hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten des MDK soll bei der nächsten regulär anstehenden Wahl des Verwaltungsrates wirksam werden. Um den Beteiligten eine ausreichende Vorlaufzeit von sechs Monaten einzuräumen, ist ein Inkrafttreten dieser Regelung sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgesehen.

Zu Buchstabe c

Mit dem neuen Absatz 4a wird dem Verwaltungsrat des MDK ein Beirat aus dem Kreis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe zur Seite gestellt. Der Beirat ist vor allen Entscheidungen des

Verwaltungsrates zu hören und seine Vorschläge und Stellungnahmen sind bei den Entscheidungen zu berücksichtigen. Die Zahl der Vertreter soll der Hälfte der Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates des jeweiligen MDK entsprechen und darf acht Vertreter nicht überschreiten. Die für die Bestimmung der Vertreter des Beirates vorgesehenen Regelungen in den Sätzen 3 bis 5 entsprechen den bisher im Entwurf enthaltenen Regelungen. Mit der Einrichtung des neuen Beirates können die Anliegen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe zielführend in die Entscheidungen des Verwaltungsrates Eingang finden.

Die Tätigkeit des Beirates wird vom MDK finanziert. Das Nähere zur Finanzierung des Beirates und zur Ausgestaltung seiner Beteiligung an der Beschlussfassung, wie z. B. die Häufigkeit der Sitzungen des Beirates, ist in der Satzung des MDK zu regeln. In der Satzung ist insbesondere festzulegen, dass dem Beirat Gelegenheit zur Stellungnahme zu allen Beschlussvorlagen des Verwaltungsrates eingeräumt wird und dass die Stellungnahmen des Beirates vom Verwaltungsrat in seine Beschlussfassung einbezogen werden.

Die Errichtung des Beirates ist nicht an die Amtsperiode des Verwaltungsrates geknüpft. Sie hat daher unabhängig von den jeweiligen Amtsdauern der Verwaltungsräte nach Inkrafttreten der Regelung zu erfolgen. Um den Beteiligten ausreichend Vorlauf einzuräumen, tritt die Regelung sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in Kraft.

Zu Nummer 84 (§ 284 SGB V)

(Rechtsbereinigung durch Streichung des Hinweises auf die Durchführung des Risikopools)

Zu Buchstabe b

Mit der weiteren Änderung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 14 – Streichung der Wörter zum Risikopool – erfolgt eine Rechtsbereinigung. Der Risikopool wird seit dem Ausgleichsjahr 2009 nicht mehr durchgeführt.

Zu Nummer 85 (§ 295 SGB V)

(Folgeänderung zum Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch andere Stellen)

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht der bereits im Entwurf enthaltenen Regelung.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 116b Absatz 6 Satz 16 (siehe zu Artikel 1 Nummer 52). Mit der Aufhebung des § 116b Absatz 6 Satz 16 wird die Möglichkeit zur Beauftragung mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die in § 116b Absatz 6 vorgesehenen öffentlich-rechtlichen Stellen begrenzt. In der Folge sind auch die Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, die mit der Beauftragung einer anderen Stelle im Zusammenhang stehen, nicht mehr erforderlich.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 4 (§ 79b SGB V)

(Vertreter der Ärzte im beratenden Fachausschuss für Psychotherapie)

Die Wählbarkeitsvoraussetzung für die Vertreter der Ärzte im beratenden Fachausschuss für Psychotherapie, überwiegend psychotherapeutisch tätig sein zu müssen, wird ersatzlos gestrichen (bisheriger Buchstabe a in Artikel 2 Nummer 4 des Gesetzentwurfs entfällt). Im Übrigen entspricht die Regelung dem Gesetzentwurf (bisheriger Buchstabe b).

Zu Nummer 19 (§ 296 SGB V)

(Überschriftenanpassung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung des § 106b (neu) werden Auffälligkeitsprüfungen für verordnete Leistungen nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben. Dieser Begriff ist daher in der Überschrift zu ersetzen.

Zu Nummer 20 (§ 297 SGB V)

(Überschriftenanpassung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung des § 106b (neu) werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen regionalisiert. Die bisherige Überschrift des § 297 ist dem nicht mehr angemessen und wird geändert.

Zu Artikel 3

Zu Nummer 1 (§§ 26, 98, 345, 347, 349 SGB III) und

Zu Nummer 2 (§ 312 SGB III)

(Einbeziehung von Spendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen)

Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Vorschriften des Dritten Buches Sozialgesetzbuch werden geändert, damit neben den Spendern von Organen oder Geweben nach dem Transplantationsgesetz auch Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes in den Geltungsbereich mit einbezogen werden.

Durch die Änderung werden die verwendeten Formulierungen an die vergleichbaren Regelungen in Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a, Nummer 14 Buchstabe a und b, Artikel 4, Artikel 5 Nummer 2, Artikel 7 Nummer 1, 2, 3 und Artikel 8 Nummer 2 Buchstabe b angepasst, um einen einheitlichen Sprachgebrauch zu gewährleisten.

Zu Artikel 5

Zu Nummer 0 (§ 44a SGB XI)

(Änderung der Berechnungsgrundlage für den Zuschuss der Pflegeversicherung während Pflegezeit)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) sowie um redaktionelle Änderungen bedingt durch Zeitablauf. Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wurde der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum 1. Januar 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt und der seinerzeit darin enthaltene mitgliederbezogene Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Prozent abgeschafft. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit der Erhebung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge eingeführt.

Die Änderung sieht vor diesem Hintergrund vor, dass für die Berechnung des Zuschusses für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V zugrunde gelegt werden.

Da für Mitglieder der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung beitragsrechtliche Sonderregelungen gelten, wird für die Zuschussberechnung bei diesen Mitgliedern auf den allgemeinen Beitragssatz und den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz abgestellt. Um für Personen, die in der privaten Krankenversicherung, in der Postbeamtenkrankenkasse oder in der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten krankenversichert sind, eine vergleichbare Zuschusshöhe zu erreichen, wird bei diesen Personen ebenfalls der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V zugrunde gelegt.

Mit dieser Folgeregelung wird sichergestellt, dass von der Pflegeversicherung für Beschäftigte während der Pflegezeit weiterhin ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen bis zu einer Höhe gewährt wird, der den Mindestbeiträgen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Die zu zahlenden Zuschüsse dürfen dabei wie bisher die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Zu Artikel 8

Zu Nummer 3 (§ 9 KVLG 1989)

(Redaktionelle Korrektur einer fehlerhaften Absatzbezeichnung)

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf. Lediglich die Absatzbezeichnung wird korrigiert.

Zu Artikel 14

Zu Nummer 0 (§ 16 Ärzte-ZV)

(Anordnung von Zulassungsbeschränkungen)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 42 (§ 100 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu Nummer 2 (§ 32 Ärzte-ZV)

(Weiterbeschäftigung nach Abschluss der Weiterbildung, Refinanzierung Aufstockungsbetrag fachärztliche Grundversorger)

Die Änderung in Absatz 2 ermöglicht eine Weiterbeschäftigung des Arztes auch nach Abschluss der Weiterbildung. In der Praxis kann es eine gewisse Übergangszeit dauern, bis über den Antrag auf Zulassung, Anstellungsgenehmigung oder Ermächtigung nach erfolgter Weiterbildung entschieden worden ist. Während im Krankenhaus eine Beschäftigung nach Abschluss der Weiterbildung möglich ist, regelt die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte bisher nicht den Fall der Beschäftigung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses. Um hier gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen, wird eine entsprechende Beschäftigungsmöglichkeit für die Dauer des Zulassungsverfahrens geregelt. Eine Weiterbeschäftigung ist nicht möglich, wenn kein Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gestellt worden ist.

Die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen in Absatz 3, wonach den Weiterbildungsstellen die Möglichkeit gegeben wird, die aus der Anhebungsverpflichtung resultierende finanziellen Lasten durch Modifikation des Leistungsausweitungsverbots zu refinanzieren, wird auch auf Weiterbildungsstellen der fachärztlichen Grundversorger erstreckt.

Zu Artikel 20 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

(Inkrafttreten des Artikels 1 Nummer 16 – § 47a SGB V – und des Artikels 5 Nummer 0 – § 44a Absatz 1 SGB XI)

Zu Absatz 2

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wurde der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum 1. Januar 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt und gleichzeitig der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 SGB V sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V eingeführt. Die Änderung von Artikel 5 Nummer 0 ist eine notwendige Folgeänderung hierzu, damit Beschäftigte während der Pflegezeit von der Pflegeversicherung weiterhin einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen bis zu einer Höhe erhalten können, der den Mindestbeiträgen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Die Regelung soll daher ebenfalls rückwirkend zum 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Zu Absatz 5

Mit § 47a SGB V werden für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen eingeführt. Dabei erfolgt die Zahlung der Beiträge direkt von den Krankenkassen an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen. Für die Einführung dieses direkten Zahlungsweges und die in diesem Zusammenhang erforderliche Abstimmung zur Form der dafür zu übermittelnden Daten benötigen die Beteiligten einen hinreichenden zeitlichen Vorlauf, weshalb diese Regelung erst zum 1. Januar 2016 in Kraft tritt.

Berlin, den 10. Juni 2015

Karin Maag
Berichterstatterin

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Maria Klein-Schmeink
Berichterstatterin

