

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

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

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

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

**Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und be-
darfsgerechten gesundheitlichen Versorgung**

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

**Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsver-
sorgung auf den Weg bringen**

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

Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte

A. Problem

Zu Buchstabe a

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

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

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

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

Zu Buchstabe b

Nach Auffassung der Antragsteller ist das geltende System der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen und der Krankenhausversorgung nicht geeignet, das Hauptanliegen sozialer Gesundheitspolitik, eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu garantieren, zu realisieren. Es gebe zum Teil gra-

vierende Unterschiede in der Versorgungsdichte. Statt die tatsächliche Morbidität festzustellen, würden nur gewachsene Versorgungsstrukturen der Bedarfsplanung zugrunde gelegt. Mit den existierenden rechtlichen Instrumentarien gelinge es nicht, die Arztdichte effektiv zu regulieren. Für andere Gesundheitsberufe gebe es derzeit überhaupt keine Bemühungen, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

B. Lösung

Zu Buchstabe a

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

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

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Der Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung dienen insbesondere:

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

- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerade auch im ärztlichen Beruf.

2. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Das vertragsärztliche Vergütungssystem wird reformiert:

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

3. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

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

4. Ambulante spezialärztliche Versorgung

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

5. Innovative Behandlungsmethoden

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

6. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

7. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

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

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

- eine Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen,
- Flexibilisierung und Deregulierungen im Bereich der Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere im Heilmittel-, aber auch im Arzneimittelbereich,

- Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel, die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern,
- eine Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen.

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

Zu Buchstabe b

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

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

Zu Buchstabe c

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

1. die bisherige Bedarfsplanung reformiert werde hin zu einer Sektor übergreifenden und auf gründlichen Analysen (u. a. unter Berücksichtigung der Morbidität und Sozialstruktur) und Versorgungszielen fußenden Versorgungsplanung;
2. die Primärversorgung deutlich aufgewertet und in ihrer Rolle als Lotse der Versorgung gestärkt werde;
3. die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu gestaltet werde, Anreize für mehr teamorientierte Zusammenarbeit entstünden und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten ermöglicht würden;

4. mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen wie regionale Versorgungsverbände, Gesundheitszentren und mobile Lösungen geschaffen würden;
5. wirksame Anreize zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesetzt würden.

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

Zu Buchstabe d

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

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

C. Alternativen

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

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Zu Buchstabe a

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

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

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

2. Haushaltsausgaben mit Vollzugaufwand

a) Bund, Länder und Gemeinden

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

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

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

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die im Jahr 2010 verabschiedeten ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften wurde die GKV ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von insgesamt rund 3,5 Mrd. Euro finanzwirksam entlastet. Die Maßnahmen des Versorgungsstrukturgesetzes dienen vor allem der nachhaltigen Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und fördern auch langfristig die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit werden der Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich Instrumente an die Hand gegeben, Versorgungslücken im ambulanten Sektor insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungen vor allem im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgung mit Notfall- und Rettungsdiensten zu vermeiden. Es ist notwendig und langfristig auch aus finanzieller Sicht durchaus sinnvoll, Versorgungsstrukturen zu stützen, bevor Versorgungsdefizite vermehrt entstehen und daraus hohe Mehrausgaben resultieren.

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

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

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

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

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

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

Im Übrigen bietet die Regelung neben der Optimierung der Patientenversorgung bei Erkrankungen und Leistungen mit besonderem spezialärztlichen Versorgungsbedarf auch günstige Synergieeffekte und Kosteneinsparpotentiale, insbesondere durch Vermeidung stationärer Aufenthalte und von Kosten in Folge von

Komplikationen und Folgeerkrankungen, die allerdings nicht quantifizierbar sind. Die Erhöhung der Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich mit sich, denn inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die qualifiziertere Behandlung im Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung führt in einer Gesamteinschätzung damit nicht einseitig zu höheren Ausgaben, sondern gleichzeitig in der Perspektive zu Einsparungen aufgrund einer effizienteren Versorgung durch eine gezieltere Diagnostik und bedarfsgerechtere Behandlung.

Durch die Möglichkeit der Erprobung innovativer Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss können Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung über den Systemzuschlag nach §§ 91, 139c SGB V entstehen. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen der Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss können fünf Erprobungen pro Jahr mit einer Laufzeit von 5 Jahren pro Erprobung angenommen werden. Bei angenommenen jeweiligen mit der Erprobung verbundenen Overhead-Kosten von ca. 0,5 Mio. Euro pro Erprobung und Jahr, entstünden im ersten Jahr Kosten von ca. 2,5 Mio. Euro, im zweiten Jahr 5 Mio., im dritten Jahr 7,5 Mio., im 4. Jahr 10 Mio. Euro und ab dem 5. Jahr dann 12,5 Mio. Euro jährlich. Diese Kosten werden durch die angemessene Beteiligung von betroffenen Herstellern oder Anbietern der zu erprobenden Methode erheblich reduziert.

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

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

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

Zu Buchstabe b

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

E. Sonstige Kosten

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

F. Bürokratiekosten

Zu Buchstabe a

1. Bürokratiekosten für die Wirtschaft

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft.

Der Entwurf enthält eine einmalig anfallende Informationspflicht für medizinische Versorgungszentren. Diese haben gegenüber dem jeweiligen Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass der ärztliche Leiter in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist. Im Rahmen der ex ante-Schätzung sind Kosten in Höhe von insgesamt 9600 Euro zu erwarten.

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

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

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

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

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

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

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

Im Zuge der Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Regelungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen entfällt das Erfordernis der zusätzlichen Unterschrift der Erstdokumentation und damit der papiergebundenen Einreichung der sogenannten Versandliste. Daraus folgt eine Verringerung der Bürokratiekosten um ca. 0,1 Mio. Euro pro Jahr.

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

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

2. Bürokratiekosten für Bürgerinnen und Bürger

Es wird eine neue Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger eingeführt.

3. Bürokratiekosten für die Verwaltung

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

Dem stehen in der vertragsärztlichen Versorgung sieben wegfallende Informationspflichten gegenüber.

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

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

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

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

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

Zu Buchstabe b

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe c

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

elektronische Vorab-Fassung*

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

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

Berlin, den 30. November 2011

Der Ausschuss für Gesundheit**Dr. Carola Reimann**

Vorsitzende

Jens Spahn

Berichterstatter

Heinz Lanfermann

Berichterstatter

Dr. Marlies Volkmer

Berichterstatterin

Dr. Martina Bunge

Berichterstatterin

Dr. Harald Terpe

Berichterstatter

Zusammenstellung
zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 17/6906, 17/7274 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)	Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)
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 9 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) 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 9 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 2 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	1. Nach § 2 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder <i>in der Regel</i> tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“	„(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt. “

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1 0a. § 4 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, dürfen sich die Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 nicht erhöhen.“
	b) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 und Satz 5 sowie § 291a Absatz 7 Satz 7 gelten entsprechend.“
	1 0b. § 8 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 2a werden vor dem Semikolon die Wörter „oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes“ und vor dem Komma die Wörter „oder die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes“ eingefügt.
	b) In Nummer 3 werden jeweils nach dem Wort „Pflegezeit“ die Wörter „oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase“ eingefügt.
	1a. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 7 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
	b) Nummer 8 wird gestrichen.
	1b. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
	„dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,“
2. § 11 wird wie folgt geändert:	2. § 11 wird wie folgt geändert:

* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) <i>In Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.</i>	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung“ eingefügt.
	bb) In Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.
b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:	b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
<p>„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“</p>	<p>„(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“</p>
3. Nach § 19 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	3. Nach § 19 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
<p>„(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die Leistungsentscheidungen <i>der geschlossenen</i> Krankenkasse fort. <i>Die Krankenkasse, die das Mitglied aufnimmt, darf Leistungsentscheidungen nur unter den Voraussetzungen der §§ 44 bis 48 des Zehnten Buches zurücknehmen.</i>“</p>	<p>„(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. Beim Abschluss von Wahlтарifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von der aufnehmenden Krankenkasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden. Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungs-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	entscheidungen, bleiben hiervon unberührt.“
	3a. § 20d Absatz 1 Satz 6 wird aufgehoben.
	3b. In § 21 Absatz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 1993“ gestrichen.
	3c. § 24b Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 3 werden die Wörter „den allgemeinen Pflegesatz“ durch die Wörter „die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
4. Dem § 28 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	4. un verändert
„Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum ... [6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 15 Absatz 1] für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“	
5. Nach § 32 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	5. Nach § 32 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Bei langfristigem Behandlungsbedarf <i>genehmigen</i> die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“	„(1a) Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen . Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“
6. Dem § 33 wird folgender Absatz 9 angefügt:	6. un verändert
„(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Linsen.“	
	6a. In § 34 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. März 2004“ gestrichen.
	6b. In § 35 Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Nummer 1 sowie erstmals zum 1. April 2006 auch nach den Nummern 2 und 3“ gestrichen.
7. § 35c Absatz 1 wird wie folgt geändert:	7. un verändert
a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Medizinprodukte“ ein Komma und werden die Wörter „davon mindestens eine ständige Expertengruppe, die fachgebietsbezogen ergänzt werden kann“ eingefügt.	
b) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Das Nähere zur Organisation und Arbeitsweise der Expertengruppen regelt eine Geschäftsordnung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit der Experten gilt § 139b Absatz 3 Satz 2 entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Expertengruppen mit Bewertungen nach Satz 1 beauftragen; das Nähere regelt er in seiner Verfahrensordnung. Bewertungen nach Satz 1 kann auch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragen.“	
	7a. In § 37b Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2007“ gestrichen.
	7b. In § 38 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.
8. Dem § 39 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	8. un verändert
„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“	
9. In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforder-	9. un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
lich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen“ durch die Wörter „§ 111c besteht“ ersetzt.	
10. § 47a wird aufgehoben.	10. un verändert
	10a. § 49 Absatz 2 wird aufgehoben.
	10b. In § 55 Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „,frühestens seit dem 1. Januar 1989,“ gestrichen.
	10c. § 62 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „bis zum 31. Juli 2007“ gestrichen.
	b) Absatz 4 wird aufgehoben.
	10d. In § 64 Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe „§ 63 Abs. 1“ die Angabe „oder § 64a“ eingefügt und wird die Angabe „85a“ durch die Angabe „87a“ ersetzt.
	10e. Nach § 64 wird folgender § 64a eingefügt:
	„§ 64a
	Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung
	<p>(1) Die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene gemeinsam können mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren. Werden Modellvorhaben in mehreren Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in einem Bezirk einigen. Überschüsse aufgrund von Minderaufwendungen, die durch Maßnahmen des Modellvorhabens nach Satz 1 bei den Krankenkassen realisiert werden, sind in Teilen an die Leistungserbringer weiterzuleiten. Die durch das Modellvorhaben den Krankenkassen entstehenden Mehraufwendungen sind auszugleichen. Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst das Nähere zu dem Modellvorhaben, insbesondere</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. einen Katalog für eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in allen versorgungsrelevanten Indikationen,
	2. die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation,
	3. die Grundsätze zur Ermittlung von Überschüssen und deren teilweise Weiterleitung an die Leistungserbringer nach Satz 3 sowie zum Ausgleichsverfahren nach Satz 4.
	Im Übrigen gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 § 63 Absatz 3 und 4 bis 6 entsprechend. § 65 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Begleitung und Auswertung von den Vertragspartnern nach Satz 1 veranlasst wird. Für das Modellvorhaben ist eine Vereinbarung nach § 106 Absatz 3b zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 können gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Inhalt und zur Durchführung des Modellvorhabens vereinbaren, die in der Vereinbarung nach Satz 1 zu beachten sind.
	(2) Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Absatz 2 zur Festsetzung des Inhalts der Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde. Das Schiedsamt wird um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen ist. Das so erweiterte Schiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“
11. § 71 wird wie folgt geändert:	11. § 71 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Anforderungen“ die Wörter „der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder“ eingefügt.
a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.“	„Die Verträge nach § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.“
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Sie geben den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen Verträge nach Satz 2 oder § 73b Absatz 4 wirksam werden, Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellen vor einer Beanstandung das Benehmen her.“	
b) In Absatz 5 wird die Angabe „73c“ durch die Angabe „73b, 73c“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:	d) u n v e r ä n d e r t
„(6) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen, Verträge nach § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 abzuschließen.“	
12. § 73 Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	12. § 73 wird wie folgt geändert :
	a) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
„(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“	u n v e r ä n d e r t
	b) In Absatz 8 Satz 8 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2006“ gestrichen.
13. § 73b Absatz 4a wird wie folgt geändert:	13. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 4 werden die Wörter „und die Festlegung des Vertragsinhalts“ gestrichen.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.“	
14. Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz	14. § 75 wird wie folgt geändert :

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>eingefügt:</i>	
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und“ eingefügt.
	bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen.“	„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. In den Gesamtverträgen nach § 83 ist zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.“
	b) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 2 werden die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni 2002“ gestrichen und wird nach dem Wort „sind,“ das Wort „und“ gestrichen.
	bb) In Nummer 3 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
	cc) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:
	„4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Notdienstnummer aufzustellen.“
	c) In Absatz 7a Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2009“ gestrichen.
15. § 77 wird wie folgt geändert:	15. § 77 wird wie folgt geändert:
a) <i>Absatz 1 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.</i>	a) Absatz 1 Satz 2 und 3 werden durch den folgenden Satz ersetzt:
	„Bestehen in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, können sich diese nach Absatz 2 vereinigen.“
b) <i>Absatz 2 wird wie folgt gefasst:</i>	b) u n v e r ä n d e r t
„(2) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Kassenärztliche Vereinigungen auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Bundesvereinigung nach Absatz 4 ist vor der Vereinigung zu hören. Die gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung kann nach Bereichen der an der Vereinigung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen getrennte Gesamtverträge längstens für bis zu vier Quartale anwenden. Darüber hinaus können die Vertragspartner der Gesamtverträge unterschiedliche Vergütungen im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde vereinbaren, soweit es zum Ausgleich unterschiedlicher landesrechtlicher Bestimmungen oder aus anderen besonderen Gründen erforderlich ist.“</p>	
<p>c) In Absatz 3 Satz 1 wird vor den Wörtern „und die“ ein Komma und werden die Wörter „die in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzte“ eingefügt.</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) Die Angabe „§ 94“ wird durch die Angabe „§§ 88, 94“ ersetzt.</p>	
<p>bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:</p>	
<p>„Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 1 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches beauftragt, eine ihr obliegende Aufgabe wahrzunehmen, und hiermit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden ist, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten verantwortliche Stelle nach § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches. § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Satz 1 Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragnehmer anzuzeigen ist.“</p>	
<p>16. In § 79 Absatz 4 Satz 5 werden nach dem Wort „beträgt“ die Wörter „bis zu“ eingefügt.</p>	<p>16. In § 79 Absatz 4 Satz 5 erster Halbsatz werden nach dem Wort „Jahre“ die Wörter „, es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt“ eingefügt.</p>

* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
17. § 79c Satz 1 wird wie folgt gefasst:	17. un verändert
„Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und ein beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet. Beide Fachausschüsse bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind.“	
18. Dem § 80 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	18. un verändert
„Für jeweils ein Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt die Wahl auf der Grundlage von getrennten Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.“	
	18a. § 81a wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
	„(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 197a Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“
	b) In Absatz 5 werden die Wörter „, erstmals bis zum 31. Dezember 2005,“ gestrichen.
19. § 84 wird wie folgt geändert:	19. § 84 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	a) un verändert
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) un verändert
aa) In Nummer 2 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die	

* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	
bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	
c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 3 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	
bb) In Satz 4 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	
e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	e) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	
	f) Absatz 7 Satz 7 wird aufgehoben.
f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	g) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „1 bis 4 und 4b bis 7“ durch die Angabe „1 bis 7“ ersetzt.	
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
<p>„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen erstmals bis zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach § 106 anzuerkennen sind. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der in Satz 3 genannten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4. Die Vertragspartner nach § 106 Absatz 2 Satz 4 können darüber hinaus weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten vereinbaren. Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Absatz</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Absatz 6 zu berücksichtigen.“	
g) In Absatz 9 werden die Wörter „Arznei- und Verbandmitteln“ durch die Wörter „Leistungen nach § 31“ ersetzt.	h) un verändert
20. § 85 wird wie folgt geändert:	20. un verändert
a) In Absatz 2 Satz 7 werden die Wörter „sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen“ gestrichen.	
b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:	
<p>„(2a) Für die Vereinbarung der Vergütungen vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahr 2013 ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einmalig gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2012 die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach den gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktmengen. Soweit Punktwerte für das Jahr 2012 bis zum 30. September 2012 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2011 unter Berücksichtigung des Absatzes 3g und unter Anwendung der um 0,5 Prozentpunkte verminderten für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate zugrunde gelegt. Erfolgt die Vergütung nicht auf der Grundlage von vereinbarten Punktwerten, legen die Vertragspartner nach Satz 1 für die jeweiligen Leistungsbereiche einen fiktiven Punktwert fest, der sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punktmenge zur vereinbarten Gesamtvergütung im Jahr 2012 ergibt. Die Partner der Gesamtverträge passen die für das Jahr 2012 vereinbarte Gesamtvergütung auf der Grundlage der nach den Sätzen 1 bis 3 festgestellten Punktwerte an und legen diese als Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 zugrunde.“</p>	
c) Absatz 2b wird aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
<p>„(3) In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen. Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach sachlich-rechnerischer Berichtigung angemessen zu berücksichtigen.“</p>	
e) Die Absätze 3a bis 3e werden aufgehoben.	
f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	
<p>„(4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 Satz 1 vorzusehen. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.“</p>	
<p>g) Absatz 4a wird aufgehoben.</p>	
<p>21. § 85c wird aufgehoben.</p>	<p>21. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>22. § 87 wird wie folgt geändert:</p>	<p>22. § 87 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) In Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz werden vor dem Semikolon die Wörter „, wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist“ eingefügt.</p>
<p>a) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist.“</p>	
	<p>c) Absatz 2b wird wie folgt geändert:</p>
<p>b) In Absatz 2b Satz 1 werden die Wörter „sind als Versichertenpauschalen abzubilden“ durch die Wörter „sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden“ ersetzt und wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst: „für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen.“</p>	<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „sind als Versichertenpauschalen abzubilden“ durch die Wörter „sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden“ ersetzt und wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst: „für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>bb) In Satz 2 werden das Wort „werden“ durch das Wort „sollen“ und das Wort „üblicherweise“ durch die Wörter „regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand“ ersetzt und wird nach dem Wort „vergütet“ das Wort „werden“ eingefügt.</p>
	<p>cc) In Satz 3 werden die Wörter „können nach“ durch die Wörter „sollen einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten“ und die Wörter „wie Alter und Geschlecht“ durch die Wörter „insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung“ ersetzt.</p>
<p>c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:</p>	<p>d) Absatz 2c wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 1 <i>zweiter Halbsatz</i> wird nach dem Wort „Leistungserbringung“ <i>ein Komma und werden</i> die Wörter „einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 6,“ eingefügt.</p>	<p>aa) In Satz 1 wird das Wort „sind“ sowie das Wort „können“ jeweils durch das Wort „sollen“ und das Wort „abzubilden“ durch die Wörter „abgebildet werden“ ersetzt und werden nach dem Wort „Leistungserbringung“ die Wörter „einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 6,“ eingefügt.</p>
	<p>bb) In Satz 2 werden die Wörter „werden die üblicherweise“ durch die Wörter „sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand“ ersetzt und werden nach dem Wort „vergütet“ die Wörter „werden; die Grundpauschalen sollen dabei soweit möglich und sachgerecht einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird sowie nach insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, differenziert werden“ eingefügt.
bb) In Satz 4 wird das Wort „wird“ durch das Wort „kann“ ersetzt und nach dem Wort „vergütet“ das Wort „werden“ eingefügt.	cc) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 2d wird wie folgt geändert:	e) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden im ersten Halbsatz die Wörter „2b und 2c genannten“ durch die Wörter „2a bis 2c genannten Leistungen und“ ersetzt und im zweiten Halbsatz die Wörter „insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2“ gestrichen.	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
e) Absatz 2e wird wie folgt gefasst:	f) u n v e r ä n d e r t
„(2e) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist jährlich bis zum 31. August ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen.“	
f) Absatz 2f wird aufgehoben.	g) u n v e r ä n d e r t
g) Absatz 2g wird wie folgt geändert:	h) u n v e r ä n d e r t
aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „der Orientierungswerte“ durch die Wörter „des Orientierungswertes“ ersetzt.	
bb) In Nummer 2 wird nach dem Komma am Ende das Wort „sowie“ eingefügt.	
cc) In Nummer 3 wird das Wort „sowie“ gestrichen.	
dd) Nummer 4 wird aufgehoben.	
h) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:	i) u n v e r ä n d e r t
„Die Beratungen des Bewertungsausschusses einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des In-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
stituts des Bewertungsausschusses.“	
	j) Absatz 2h Satz 4 und 5 wird aufgehoben.
	k) Nach Absatz 2h wird folgender Absatz 2i eingefügt:
	<p>„(2i) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 Absatz 1 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“</p>
i) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:	l) unverändert
<p>„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend.“</p>	
	m) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
j) In Absatz 3b Satz 1 werden die Wörter „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch die Wörter „den § 87, 87a und § 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.	aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8“ durch die Wörter „§ 87, 87a und § 116b Absatz 6 sowie die Analysen nach Absatz 3a“ ersetzt.
	bb) In Satz 3 werden die Wörter „am 1. Juli 2008“ gestrichen.
	cc) In Satz 7 werden die Wörter „in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008“ gestrichen.
	n) In Absatz 3f Satz 1 wird die Angabe „§ 140d Abs. 2 Satz 4“ durch die Wörter „§ 140d Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
k) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:	o) unverändert
„Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend; auch für die Unterlagen der unparteiischen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Mitglieder gilt Vertraulichkeit.“	
l) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	p) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der <i>spezialärztlichen</i> Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.“	„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.“
m) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:	q) u n v e r ä n d e r t
„Die Beschlüsse und die entscheidungserheblichen Gründe sind im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.“	
n) Die Absätze 7 bis 9 werden aufgehoben.	r) u n v e r ä n d e r t
23. § 87a wird wie folgt geändert:	23. § 87a wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden die Wörter „ab 1. Januar 2009“ gestrichen.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Wörter „des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e“, die Wörter „Punktwerte, die“ durch die Wörter „einen Punktwert, der“ und wird das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „auf“ das Wort „den“ eingefügt und werden die Wörter „den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Wörter „dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Satz 3 wird aufgehoben.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:	dd) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 <i>und</i> 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert <i>gemäß</i> § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“</p>	<p>„Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“</p>
<p>ee) Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>ee) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen.“</p>	
<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) In Satz 2 werden die Wörter „den nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten“ durch die Wörter „dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert“ ersetzt.</p>	
<p>bb) In Satz 3 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.</p>	
<p>cc) In Satz 4 werden die Wörter „nach Maßgabe der Kriterien“ durch die Wörter „unter Berücksichtigung der Empfehlungen“ und wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.</p>	
<p>d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) In Satz 2 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.</p>	
<p>bb) In Satz 5 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.</p>	
<p>e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>e) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(4) Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen	
1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,	
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,	
3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,	
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und	
5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;	
<p>dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demographischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.“	
f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	f) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „ein Verfahren“ durch das Wort „Empfehlungen“ ersetzt.	
bbb) In Nummer 1 wird das Wort „Bestimmung“ durch das Wort „Vereinbarung“ ersetzt.	
ccc) In Nummer 2 wird das Wort „Bestimmung“ durch das Wort „Vereinbarung“ und wird die Angabe „Absatz 4 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.	
ddd) In Nummer 3 werden die Wörter „Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4“ durch die Wörter „Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsdaten, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demographischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsdaten werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln.“</p>	
<p>cc) Die bisherigen Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:</p>	
<p>„Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September.“</p>	
<p>g) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>g) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(6) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend.“</p>	
<p>24. § 87b wird wie folgt gefasst:</p>	<p>24. § 87b wird wie folgt gefasst:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 87b	„§ 87b
Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)
<p>(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für <i>psychotherapeutische</i> Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	<p>(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Widerspruch und Klage gegen die</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.
<p>(3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.</p>	<p>(3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.</p>
<p>(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.</p>	<p>(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.</p>
<p>(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.“</p>	u n v e r ä n d e r t
25. § 87c wird wie folgt gefasst:	25. u n v e r ä n d e r t
„§ 87c	
Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums sowie für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und je Arztgruppe. Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren, um mögliche regionale Honorarunterschiede zu erklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die erforderlichen Daten. Das Nähere bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“	
26. § 87d wird wie folgt gefasst:	26. § 87d wird wie folgt gefasst:
„§ 87d	„§ 87d
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012	Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012
(1) Für das Jahr 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Der in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannte Punktwert wird für das Jahr 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für das Jahr 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf den Orientierungswert nicht vereinbart werden.	u n v e r ä n d e r t
(2) Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.“	(2) Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 2, 4 und 5 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.“
27. § 90 wird wie folgt geändert:	27. § 90 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knapp-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	schaft-Bahn-See.“
a) Absatz 4 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	b) un verändert
„In den Landesausschüssen wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“	
b) Die folgenden Absätze 5 und 6 werden angefügt:	c) un verändert
„(5) Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. § 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.	
(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“	
28. Nach § 90 wird folgender § 90a eingefügt:	28. un verändert
„§ 90a	
Gemeinsames Landesgremium	
(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.	
(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
29. § 91 wird wie folgt geändert:	29. § 91 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:	aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
<p>„Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die <i>in den</i> vorangegangenen <i>drei Jahren</i> nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren.“</p>	<p>„Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am 1. Juli 2012 beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum 15. Januar 2012 vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren.“</p>
bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
<p>„Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nicht-öffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundesta-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ges nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit.“</p>	
<p>cc) Der neue Satz 15 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>cc) Der neue Satz 15 wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre; <i>eine weitere Amtszeit der Unparteiischen ist ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen.</i>“</p>	<p>„Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre.“</p>
	<p>dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:</p>
	<p>„Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am 1. Juli 2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen. Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.“</p>
<p>b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(2a) Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stim-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
me des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.“	
c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 139c Abs. 1“ durch die Angabe „§ 139c“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	d) u n v e r ä n d e r t
„(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“	
e) In Absatz 6 werden die Wörter „und zu Empfehlungen nach § 137f“ gestrichen.	e) u n v e r ä n d e r t
f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	f) u n v e r ä n d e r t
aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen.“	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.“	
g) Absatz 9 wird durch die folgenden Absätze 9 und 10 ersetzt:	g) Absatz 9 wird durch die folgenden Absätze 9 und 10 ersetzt:
„(9) Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Der	u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.</p>	
<p>(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.“</p>	<p>(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt spätestens ab dem 1. September 2012 die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.“</p>
<p>30. § 92 wird wie folgt geändert:</p>	<p>30. § 92 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 1b wird die Angabe „§ 134 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 134a Absatz 1“ ersetzt.</p>	<p>a) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>b) In Absatz 7a werden die Wörter „den in § 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene“ durch die Wörter „den in § 126 Absatz 1a Satz 3 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene“ ersetzt.</p>	<p>b) Absatz 6a Satz 3 wird aufgehoben.</p> <p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>c) Nach Absatz 7c werden die folgenden Absätze 7d bis 7f eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 7c werden die folgenden Absätze 7d bis 7f eingefügt:</p>
<p>„(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und §137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der</p>	<p>„(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und § 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.	Medizinproduktehersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Bei Methoden, bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.
(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.	u n v e r ä n d e r t
(7f) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.“	u n v e r ä n d e r t
31. § 95 wird wie folgt geändert:	31. § 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) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.“	
bb) Der bisherige Satz 6 wird aufgehoben.	
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ge-	„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12 Absatz 1] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“	oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 5 werden das Semikolon und die Wörter „Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend“ gestrichen.
aa) In Satz 6 werden die Wörter „juristischen Person des Privatrechts“ durch die Wörter „Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 8 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Absatz 9b gilt entsprechend“ eingefügt.	cc) u n v e r ä n d e r t
	d) Absatz 2a wird aufgehoben.
d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „des Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.	aa) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „des Absatz 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 15 Absatz 1] nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.“	
e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Verzichts“ ein Komma und werden die Wörter „mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Auflösung“ ein Komma und werden die Wörter „dem Ablauf des Befristungszeitraumes“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
	cc) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.
f) Nach Absatz 9a wird folgender Absatz 9b eingefügt:	g) u n v e r ä n d e r t
„(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.“	
32. § 95d Absatz 5 wird wie folgt geändert:	32. § 95d wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.
	b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 5 oder nach“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
	cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:
c) In Satz 4 werden vor der Angabe „§ 119b“ die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.	aaa) Vor der Angabe „§ 119b“ werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach“ eingefügt.
	bbb) Die Wörter „Absatz 3 Satz 2 bis 6 und 8“ werden durch

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die Wörter „Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7“ ersetzt.
d) In Satz 6 werden die Wörter „hat das zugelassene medizinische Versorgungszentrum oder der Vertragsarzt“ durch das Wort „wird“ und die Wörter „den Fortbildungsnachweis“ durch die Wörter „der Fortbildungsnachweis gemäß Satz 2“ ersetzt.	dd) unverändert
33. § 98 wird wie folgt geändert:	33. unverändert
a) Absatz 2 Nummer 12 wird wie folgt gefasst:	
„12. die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen,“.	
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	
„(3) Absatz 2 Nummer 12 gilt nicht für die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte.“	
34. § 99 wird wie folgt geändert:	34. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden“ gestrichen.	
bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden.“	
b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	
„Dies gilt auch für den Fall, dass kein Einvernehmen darüber besteht, wie einer Beanstandung des Bedarfsplans abzuhelpen ist.“	
35. § 101 wird wie folgt geändert:	35. § 101 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 2a und 2b eingefügt:	aaa) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 2a und 2b eingefügt:
„2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten <i>spezialärztlichen</i> Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,	„2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,
2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,“.	2b. u n v e r ä n d e r t
bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „Wahrung der Qualität“ durch das Wort „Gewährleistung“ ersetzt und werden nach dem Wort „sind,“ die Wörter „um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken,“ eingefügt.	bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „Wahrung der Qualität“ durch das Wort „Gewährleistung“ ersetzt und werden nach dem Wort „sind,“ die Wörter „um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,“ eingefügt.
bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.“	
cc) In Satz 7 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Wort „entsprechend“ die Wörter „und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte“ eingefügt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:	dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte <i>spezialärztliche</i> Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksich-	„Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
tigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.“	Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Die Wörter „Satz 3 und 4“ werden durch die Wörter „Satz 4 und 5“ ersetzt.	
bbb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „ ; dabei ist insbesondere die demographische Entwicklung zu berücksichtigen“ eingefügt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
c) In Absatz 6 wird die Angabe „Nr. 3 bis 5“ durch die Wörter „Nummer 2a, 2b, 3, 4 und 5“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
36. § 103 wird wie folgt geändert:	36. § 103 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
	<p>„(3a) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Der</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen. § 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt. Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.“</p>
<p>a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „Erreichen der Altersgrenze,“ gestrichen.</p>	<p>aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszusprechen und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.“</p>
<p>bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Zulassung“ ein Semikolon und werden die Wörter „Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet“ eingefügt.</p>	<p>entfällt</p>
<p>cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>bb) unverändert</p>
<p>„Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:</p>	
<p>1. die berufliche Eignung,</p>	
<p>2. das Approbationsalter,</p>	
<p>3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,</p>	
<p>4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Lan-</p>	

* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
desausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,	
5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,	
6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,	
7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen.“	
dd) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:	cc) un verändert
„Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nummer 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist.“	
	dd) Folgender Satz wird angefügt:
	„Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, kann er auch die Nachbesetzung des Vertragsarztes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a Satz 5, 6 und 8 gilt in diesem Fall entsprechend.“
b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „genehmigen“ die Wörter „, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.	bb) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgender Satz wird angefügt:	cc) u n v e r ä n d e r t
„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“	
c) <i>Dem Absatz 4b wird folgender Satz angefügt:</i>	d) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „genehmigen“ die Wörter „, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“ eingefügt.
	bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.“
	cc) Folgender Satz wird angefügt:
„§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.“	u n v e r ä n d e r t
d) Nach Absatz 4b werden die folgenden Absätze 4c und 4d eingefügt:	e) Nach Absatz 4b wird der folgende Absatz 4c eingefügt:
<p>„(4c) Der Kassenärztlichen Vereinigung steht bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nach Absatz 4 Satz 1 ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu, wenn der Zulassungsausschuss nach Absatz 4 Satz 4 einen Nachfolger ausgewählt hat. Dieses Vorkaufsrecht ist nicht übertragbar und gegenüber dem Vorkaufsrecht nach Absatz 4d vorrangig. Gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten ist das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Die Ausübung des Vorkaufsrechts ist ausgeschlossen, wenn der Nachfolger dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Vor Erteilung einer vertragsärztlichen Zulassung an den</p>	entfällt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>Nachfolger hat der Zulassungsausschuss seine Auswahlentscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung und dem ausscheidenden Vertragsarzt oder seinem zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben (Verpflichteten) mitzuteilen. Der Verpflichtete hat der Kassenärztlichen Vereinigung den Inhalt des mit dem ausgewählten Nachfolger geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Vorkaufsrecht innerhalb einer Frist von einem Monat ab Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung gegenüber dem Verpflichteten durch Verwaltungsakt ausüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 1 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Abweichend hiervon gilt für den von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Kaufpreis Absatz 4 Satz 8 entsprechend. Nach Ausübung des Vorkaufsrechts ist eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes ausgeschlossen.</i></p>	
<p>(4d) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. <i>Hat der Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung nach Absatz 4 Satz 4 ein medizinisches Versorgungszentrum ausgewählt, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, steht den übrigen Bewerbern ein Vorkaufsrecht an der Praxis zu. Dies gilt nicht, wenn das medizinische Versorgungszentrum am 31. Dezember 2011 zugelassen war und die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimm-</i></p>	<p>„(4c) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 3a, 4 und 5 gelten entsprechend. Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist. Dieser Nachrang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war und bei</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>rechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den Vertragsärzten lag. Das Vorkaufsrecht der übrigen Bewerber ist gegenüber vertraglich begründeten Vorkaufsrechten nur dann vorrangig, wenn diese nach dem 31. Dezember 2011 vereinbart worden sind. Der Zulassungsausschuss hat zusammen mit der Auswahlentscheidung für das medizinische Versorgungszentrum unter den übrigen Bewerbern diejenigen auszuwählen, der das Vorkaufsrecht vorrangig ausüben und für diesen Fall den Vertragsarztsitz fortführen darf (Berechtigter). Für die Auswahl des Berechtigten gilt Absatz 4 Satz 4 bis 8 entsprechend. Die getroffenen Auswahlentscheidungen werden den übrigen Bewerbern und dem Verpflichteten mitgeteilt. Der Verpflichtete hat dem Berechtigten den Inhalt des mit dem medizinischen Versorgungszentrum geschlossenen Kaufvertrags unverzüglich mitzuteilen. Das Vorkaufsrecht ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Monat seit dem Zugang der zeitlich nachfolgenden Mitteilung durch schriftliche Erklärung auszuüben. Ist der Kaufvertrag unter der Bedingung geschlossen, dass der Käufer im Nachbesetzungsverfahren zugelassen wird, gilt diese Zulassung in Ansehung des Vorkaufsrechts nach Satz 3 mit der Auswahlentscheidung als erteilt. Die §§ 463, 464 Absatz 2, §§ 465 bis 468 und 471 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Wenn das Vorkaufsrecht nicht innerhalb der Ausschlussfrist ausgeübt wird, unterrichtet der Zulassungsausschuss den nächsten Vorkaufsberechtigten. Für das weitere Verfahren gelten die Sätze 6 bis 13 entsprechend.“</p>	<p>dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten lag.“</p>
37. § 105 wird wie folgt geändert:	37. § 105 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die in den Einrichtungen nach Satz 2 erbrachten ärztlichen Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten.“	
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach §	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>100 Absatz 1 und 3 getroffen wurden, einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden.“</p>	
<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an“ gestrichen.</p>	
<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>	
<p>„In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist eine finanzielle Förderung auch durch den Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird.“</p>	
<p>d) Absatz 4 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:</p>	<p>e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:</p>
<p>„(5) <i>Kommunale Träger</i> können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen</p>	<p>„(5) Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebun-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
von Nichtärzten gebunden.“	den.“
38. § 106 wird wie folgt geändert:	38. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 15 wird die Angabe „11“ durch die Angabe „12“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 17 wird folgender Satz angefügt:	
„Die Verordnung der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Satz 1.“	
b) Absatz 5a wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 7 wird nach der Angabe „§ 84 Abs. 6“ die Angabe „und 8“ eingefügt.	
bb) In Satz 12 werden die Wörter „soweit dabei die Bestimmungen zur Verordnung dieser Arzneimittel nach § 73d berücksichtigt sind“ gestrichen.	
c) In Absatz 5c Satz 7 werden die Wörter „Überschreitung des Richtgrößenvolumens“ durch die Wörter „Festsetzung eines Betrags nach Satz 1“ ersetzt.	
d) Nach Absatz 5d wird folgender Absatz 5e eingefügt:	
„(5e) Abweichend von Absatz 5a Satz 3 erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 5a droht. Das Nähere zur Umsetzung der Sätze 1 bis 5 regeln die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4.“	
39. § 111b wird wie folgt geändert:	39. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 wird das Wort „stationären“ ge-	

* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
strichen.	
b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „§ 111 Absatz 5 Satz 1“ die Wörter „oder im Falle ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.	
40. Nach § 111b wird folgender § 111c eingefügt:	40. Nach § 111b wird folgender § 111c eingefügt:
„§ 111c	„§ 111c
Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen
(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen einheitliche Versorgungs-verträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen,	(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen einheitliche Versorgungs-verträge über die Durchführung der in § 40 Absatz 1 genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen,
1. für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht und	1. u n v e r ä n d e r t
2. die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig sind. Soweit es für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne dass für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.	2. u n v e r ä n d e r t
(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.	(2) § 109 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Absatz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Mit dem Versorgungsvertrag wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	für seinen Abschluss nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.
(3) Die Vergütungen für die in § 40 Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“	u n v e r ä n d e r t
	„(4) Bei Einrichtungen, die vor dem [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 31. Dezember 2012 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.“
41. § 112 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	41. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.	
b) Folgende Nummer 7 wird angefügt:	
„7. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1 Satz 4 bis 7.“	
	41 0a. Dem §115a Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.“
	41a. Dem § 115b Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“
42. § 116 wird wie folgt geändert:	42. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können“ durch die Wörter „Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen,“ und wird das Wort „Krankenhausträgers“ durch die Wörter „jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,“ ersetzt.	
b) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausärzten“ durch die Wörter „Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen“ ersetzt.	
43. In § 116a werden vor dem Wort „festgestellt“ die Wörter „nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3“ eingefügt und werden die Wörter „Deckung der Unterversorgung“ durch die Wörter „Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs“ ersetzt.	43. u n v e r ä n d e r t
44. § 116b wird wie folgt gefasst:	44. § 116b wird wie folgt gefasst:
„§ 116b	„§ 116b
Ambulante <i>spezialärztliche</i> Versorgung	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
(1) Die ambulante <i>spezialärztliche</i> Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, <i>bestimmte ambulant durchführbare Operationen</i> und <i>sonstige stationersetzende Eingriffe</i> sowie hochspezialisierte Leistungen:	(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie	1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei
a) <i>onkologische</i> Erkrankungen,	a) onkologischen Erkrankungen,
b) HIV/AIDS,	b) u n v e r ä n d e r t
c) <i>schwere Verlaufsformen rheumatologischer</i> Erkrankungen,	c) rheumatologischen Erkrankungen,
d) <i>schwere</i> Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4),	d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4),
e) Multiple Sklerose,	e) u n v e r ä n d e r t
f) Anfallsleiden,	f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
g) Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,	g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
h) Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder	h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;	i) u n v e r ä n d e r t
2. seltene Erkrankungen wie	2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
a) Tuberkulose,	a) u n v e r ä n d e r t
b) Mukoviszidose,	b) u n v e r ä n d e r t
c) Hämophilie,	c) u n v e r ä n d e r t
d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,	d) u n v e r ä n d e r t
e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,	e) u n v e r ä n d e r t
f) biliäre Zirrhose,	f) u n v e r ä n d e r t
g) primär sklerosierende Cholangitis,	g) u n v e r ä n d e r t
h) Morbus Wilson,	h) u n v e r ä n d e r t
i) Transsexualismus,	i) u n v e r ä n d e r t
j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,	j) u n v e r ä n d e r t
k) Marfan-Syndrom,	k) u n v e r ä n d e r t
l) pulmonale Hypertonie,	l) u n v e r ä n d e r t
m) Kurzdarmsyndrom oder	m) u n v e r ä n d e r t
n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation;	n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation sowie

