Bundesgesetzblatt

641

Teil I

G 5702

2019 **Ausgegeben zu Bonn am 10. Mai 2019** **Nr. 18**

Tag	Inhalt	Seite
6. 5. 2019	**Fünftes Gesetz zur Änderung des Marktorganisationsgesetzes** . . . . . FNA: 7847-11 GESTA: F012	642
6. 5. 2019	**Gesetz zur Einführung einer Teilzeitmöglichkeit in den Jugendfreiwilligendiensten sowie im Bundesfreiwilligendienst für Personen vor Vollendung des 27. Lebensjahres** . . . . . FNA: 2173-2, 2160-3 GESTA: I004	644
6. 5. 2019	**Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)** . . . . . FNA: 860-5, 860-5, 240-1, 330-1, 800-19-4, 827-10, 860-4-1, 860-5-13, 860-7, 860-11, 2121-51-1-2, 2121-51-11, 2121-2, 2121-52, 2126-9, 860-5-24, 2126-13, 8230-25, 8230-26, 827-9, 8252-3 GESTA: M010	646
3. 5. 2019	Verordnung über das Bewachungsgewerbe (Bewachungsverordnung – BewachV) . . . . . FNA: neu: 7104-11; 7104-7	692

Hinweis auf andere Verkündungen

Verkündungen im Bundesanzeiger 703

Rechtsvorschriften der Europäischen Union 703

Fünftes Gesetz zur Änderung des Marktorganisationsgesetzes

Vom 6. Mai 2019

Der Bundestag hat mit der Mehrheit seiner Mitglieder und mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Marktorganisationsgesetzes

Das Marktorganisationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. November 2017 (BGBl. I S. 3746), das durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. November 2017 (BGBl. I S. 3824) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 5 wird in der Begriffsbestimmung „Ausfuhrabgaben“ im Satzteil nach dem Semikolon das Wort „Zölle“ durch das Wort „Steuern“ ersetzt.
2. § 18 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

   „(1) Lizenzen sowie Erlaubnisse und Genehmigungen im Sinne des § 27 Nummer 2 Buchstabe b werden von der Marktordnungsstelle erteilt.“
3. § 20 Absatz 3 wird aufgehoben.
4. § 21 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

   „1. der Erteilung, der Einstellung der Erteilung, der Übertragung, der Abschreibung und der Bestätigung von Lizenzen, der Erteilung und der Einstellung der Erteilung von Einfuhr- und Ausfuhrdokumenten und Einfuhr- und Ausfuhrgenehmigungen (§ 18) hinsichtlich Marktordnungswaren,“.
5. In § 23 Absatz 1 Nummer 1 wird das Wort „Zöllen“ durch das Wort „Einfuhrabgaben“ ersetzt.
6. § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

   „1. nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a, b, d, e, f, i, k, m, n, o, p, q und t und Nummer 2, §§ 8, 9, 9a, 9b, 9c, 9d, 15, 16, 21 Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 und § 27 Nummer 2 Buchstabe b die Marktordnungsstelle oder die Bundesfinanzverwaltung,“.
7. In der Anlage wird Abschnitt II wie folgt geändert:
   a) In Nummer 8 werden nach den Wörtern „betroffene Marktordnungswaren“ ein Komma und die Wörter „einschließlich des KN-Codes,“ eingefügt.
   b) Nach Nummer 14 werden die folgenden Nummern 15 bis 20 eingefügt:

      „15. Nummer, Art, besondere Bedingungen und Angaben zu einer Lizenz sowie die Daten der Gültigkeit, Übermittlung, Teilung, Stornierung und Löschung einer Lizenz,

      16. Angaben zu Drittländern (Versendungsland, Ursprungsland und Bestimmungsland),

      17. Beginn und Ende des Kontingentzeitraums,

      18. Toleranz,

      19. Identifikationsnummer und Zeitpunkt der Abschreibung einer Lizenz,

      20. Angaben zur Annahme der Zollanmeldung, zur Überführung in den freien Verkehr und zur Bescheinigung des Ausgangs für lizenzpflichtige Marktordnungswaren,“.
   c) Die bisherige Nummer 15 wird Nummer 21.
   d) Die bisherige Nummer 16 wird Nummer 22 und wird wie folgt gefasst:

„22. Sicherheiten und die Abrechnungen zum Zweck der Freigabe der Sicherheit,“.

e) Die bisherige Nummer 17 wird Nummer 23.

Artikel 2

Bekanntmachungserlaubnis

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft kann den Wortlaut des Marktorganisationsgesetzes in der vom 11. Mai 2019 an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

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

Berlin, den 6. Mai 2019

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin
für Ernährung und Landwirtschaft
Julia Klöckner

Gesetz zur Einführung einer Teilzeitmöglichkeit in den Jugendfreiwilligendiensten sowie im Bundesfreiwilligendienst für Personen vor Vollendung des 27. Lebensjahres

Vom 6. Mai 2019

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Bundesfreiwilligendienstgesetzes

Das Bundesfreiwilligendienstgesetz vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 5 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:
   a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
      „2. einen freiwilligen Dienst
         a) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Vollzeitbeschäftigung leisten oder
         b) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung von mehr als 20 Stunden pro Woche leisten, sofern sie
            aa) das 27. Lebensjahr vollendet haben oder
            bb) das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und ein berechtigtes Interesse der Freiwilligen an einer Teilzeitbeschäftigung vorliegt.“
   b) Nummer 4 wird wie folgt geändert:
      aa) In Buchstabe a werden die Wörter „(§ 159 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)“ gestrichen.
      bb) In Buchstabe b wird das Komma am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
      cc) In Buchstabe c wird das Wort „anteilig“ gestrichen und wird das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt.
      dd) Buchstabe d wird aufgehoben.
2. § 8 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
   a) Nummer 2 wird aufgehoben.
   b) Die Nummern 3 bis 7 werden die Nummern 2 bis 6.

Artikel 2

Änderung des Jugendfreiwilligendienstegesetzes

Das Jugendfreiwilligendienstegesetz vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842), das durch Artikel 30 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
      „(1) Freiwillige im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die
      1. die Vollzeitschulpflicht erfüllt haben, aber das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
      2. einen freiwilligen Dienst
         a) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Vollzeitbeschäftigung leisten oder
         b) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung von mehr als 20 Stunden pro Woche leisten, sofern ein berechtigtes Interesse der Freiwilligen an einer Teilzeitbeschäftigung vorliegt,
      3. sich auf Grund einer Vereinbarung nach § 11 zur Leistung des freiwilligen Dienstes für eine Zeit von mindestens sechs Monaten und höchstens 24 Monaten verpflichtet haben und
      4. für den freiwilligen Dienst
         a) nur unentgeltliche Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung sowie ein angemessenes Taschengeld erhalten dürfen oder
         b) anstelle von unentgeltlicher Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung entsprechende Geldersatzleistungen sowie ein angemessenes Taschengeld erhalten dürfen.

      Angemessen ist ein Taschengeld, wenn es 6 Prozent der in der allgemeinen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt. Bei einem freiwilligen Dienst vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung ist dieser Prozentsatz zu kürzen.“
   b) In Absatz 2 wird die Angabe „Nr. 2 und 4“ durch die Angabe „Nummer 1 und 3“ ersetzt.
2. In § 3 Absatz 1 und § 4 Absatz 1 wird jeweils das Wort „ganztägig“ gestrichen.
3. Dem § 5 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
   „Auf die Gesamtdauer ist ein Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz anzurechnen.“
4. § 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „ganztägig“ gestrichen.
   b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
      „Die Höchstdauer der Entsendung beträgt 18 Monate. Für die Zahl zusätzlicher Seminartage gilt § 5 Absatz 2 Satz 3 und 4 entsprechend.“
5. § 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
   „Ein kombinierter Jugendfreiwilligendienst im In- und Ausland kann vom Träger angeboten werden, wenn insgesamt eine Dauer von 18 zusammenhängenden Monaten nicht überschritten wird und die Einsatzabschnitte im In- und Ausland jeweils mindestens drei Monate dauern.“

6. § 8 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 5 und 7“ durch die Angabe „§§ 5, 6 und 7“ ersetzt.
   b) Satz 2 wird aufgehoben.
7. In § 9 Nummer 12 wird die Angabe „§ 5 Abs. 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 1b Satz 5“ ersetzt.
8. § 14 wird aufgehoben.
9. § 15 wird aufgehoben.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

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

Berlin, den 6. Mai 2019

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Dr. Franziska Giffey

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Vom 6. Mai 2019

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 350) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 6 wird aufgehoben.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

      „Eine Anrechnung erfolgt nicht für

      1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder
      2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.“

   b) In Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „§ 9 Abs. 1 Nr. 6“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ ersetzt.
3. § 6 Absatz 8 wird aufgehoben.
4. § 7 Absatz 3 wird aufgehoben.
5. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird aufgehoben.
6. § 10 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;“ die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ eingefügt.
   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.
      bb) In Nummer 4 werden die Wörter „behinderte Menschen“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen“ und werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ ersetzt.
   c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „unterhält“ die Wörter „oder in seinen Haushalt aufgenommen hat“ eingefügt.
7. § 13 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 3a Satz 4 werden nach dem Wort „Gutachterverfahren“ die Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ eingefügt.
   b) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ durch die Wörter „in Höhe von höchstens 5 Prozent“ ersetzt.
8. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Angestellte“ die Wörter „und Versorgungsempfänger“ eingefügt.

8a. § 20h wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung“ durch die Wörter „als Pauschal- und Projektförderung“ ersetzt.
   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 3 wird die Angabe „50“ durch die Angabe „70“ und werden die Wörter „kassenartübergreifende Gemeinschaftsförderung“ durch die Wörter „die kassenartübergreifende Pauschalförderung“ ersetzt.
      bb) In den Sätzen 4 und 5 wird jeweils das Wort „Gemeinschaftsförderung“ durch das Wort „Pauschalförderung“ ersetzt.

8b. § 20i wird wie folgt geändert:
   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

      „§ 20i

      Schutzimpfungen
      und andere Maßnahmen
      der spezifischen Prophylaxe“.

   b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „dies gilt unabhängig davon, ob sie auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben“ eingefügt.
      bb) In Satz 2 werden die Wörter „beruflich bedingt oder im Rahmen der Ausbildung

vorgeschrieben ist“ durch die Wörter „beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.

dd) In Satz 7 wird das Wort „Impfausweisvordruckes“ durch die Wörter „Impfausweises nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes“ ersetzt.

c) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Schutzimpfungen“ die Wörter „und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Ein Anspruch nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch unter den Voraussetzungen einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes.“

9. Nach § 20i wird folgender § 20j eingefügt:

„§ 20j

Präexpositionsprophylaxe

(1) Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf

1. ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie
2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2019 mit Wirkung zum 1. September 2019 als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

(3) Auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss dieser Vereinbarung anzupassen.

(4) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.“

10. § 27a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und die Wörter „nach Absatz 1“ werden durch die Wörter „nach den Absätzen 1 und 4“ ersetzt.

10a. § 27b Absatz 2 Satz 7 wird aufgehoben.

11. In § 28 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2012“ gestrichen.

12. Dem § 29 werden die folgenden Absätze 5 bis 8 angefügt:

„(5) Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kosten-

anteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.“

12a. § 31 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend“ durch die Wörter „§ 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 6 werden nach der Angabe „§§ 126 und 127“ die Wörter „in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ eingefügt.

13. In § 31a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Oktober 2016“ gestrichen.

13a. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.

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

„(1b) Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.“

14. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann.“

b) Absatz 6 Satz 2 bis 4 wird aufgehoben.

c) In Absatz 9 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

15. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 35a

Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung“.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung veröffentlicht die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Information der Öffentlichkeit zudem den Beschluss und die tragenden Gründe in englischer Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.“

c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und den Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 genügt“ gestrichen.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weitere Vorgaben zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach Satz 1 zu regeln.“

cc) In dem neuen Satz 3 wird die Angabe „§ 73 Absatz 9“ gestrichen.

dd) Der neue Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Vor der erstmaligen Beschlussfassung nach Satz 3 findet § 92 Absatz 3a mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen

Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist."

ee) In dem neuen Satz 5 wird jeweils die Angabe „Satz 2" durch die Angabe „Satz 3" ersetzt.

16. In § 37b Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach" gestrichen.

17. § 39 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch."

b) In dem neuen Satz 7 wird nach der Angabe „6" die Angabe „und 12" eingefügt.

c) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „6 und 7" durch die Angabe „6, 7 und 12" ersetzt.

d) Der neue Satz 10 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a."

18. § 39a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 8 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 11 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach" gestrichen.

19. In § 39b Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „erstmals bis zum 30. Juni 2016" gestrichen.

19a. § 39c Satz 4 wird aufgehoben.

20. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird das Semikolon und werden die Wörter „bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern" gestrichen.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt."

b) Absatz 3 Satz 10 wird aufgehoben.

21. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „soweit" durch das Wort „sofern" ersetzt und werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder sofern sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben" eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt."

b) Absatz 4 Satz 5 wird aufgehoben.

22. Nach § 46 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird."

22a. § 47b Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

23. Dem § 48 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch."

24. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde."

25. § 50 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird das Komma und das Wort „Erwerbsunfähigkeit“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Nummer 2 wird das Komma und das Wort „Berufsunfähigkeit“ gestrichen.

26. § 51 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.“

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Ergibt sich im Falle des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.“

27. § 53 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.“

b) Absatz 5 wird aufgehoben.

c) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „nach den Absätzen 2, 4 und 5“ durch die Wörter „nach den Absätzen 2 und 4“ ersetzt.

28. § 57 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 8 und 9 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 betragen zwei Monate.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

bb) Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.“

28a. § 63 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3b Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 3c wird folgender Absatz 3d eingefügt:

„(3d) Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen auf Grund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.“

29. § 64a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsgremium nach den Sätzen 2 und 3 zur Festsetzung des Inhalts einer Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Das Schiedsgremium wird von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten gebildet. § 89a Absatz 3 bis 10 sowie die Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 gelten entsprechend.“

b) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

30. § 64c Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a anrufen. Die Anrufung des Schiedsgremiums soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung eines Modellvorhabens in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.“

30a. § 64d wird aufgehoben.

31. § 65c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von drei Jahren“ ersetzt.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2013“ gestrichen.

bb) Die Sätze 8 bis 12 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Wird eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

32. § 67 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden, insbesondere zur

1. elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,
2. Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie
3. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.“

33. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ eingefügt.

b) In Absatz 1a Satz 1, 3, 4 und 5 wird jeweils das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.

c) Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„(1b) Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Der Hausarzt ist mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln.“

d) In Absatz 9 Satz 2 werden die Wörter „und zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a“ gestrichen.

e) In Absatz 10 Satz 1 werden nach den Wörtern „besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4“ die Wörter „sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten“ eingefügt.

f) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

„(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen. In medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden. Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.“

34. § 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt und wird das Wort „Kinderarztes“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendarztes“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „ 20d“ durch die Angabe „ 20i“ ersetzt.

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Kündigt die Krankenkasse einen Vertrag nach Absatz 4 und kommt bis zum Ablauf dieses Vertrages kein neuer Vertrag zustande, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter. Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3.“

35. Dem § 74 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum 30. November 2019 das Verfahren zur regelmäßigen Feststel-

lung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest."

36. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „fachärztlichen" durch das Wort „vertragsärztlichen" ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren."

cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,
2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten, und
3. Versicherten spätestens zum 1. Januar 2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen."

dd) In dem bisherigen Satz 4 werden die Wörter „den zu vermittelnden" durch das Wort „einen" ersetzt.

ee) In dem bisherigen Satz 5 wird das Wort „Facharzt" durch das Wort „Arzt" ersetzt.

ff) In dem bisherigen Satz 6 wird die Angabe „Satz 4" durch die Angabe „Satz 5" ersetzt und werden die Wörter „die Sätze 3 bis 5" durch die Wörter „Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6" ersetzt.

gg) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt, wird nach dem Wort „Routineuntersuchungen" ein Komma und werden die Wörter „sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt," eingefügt.

hh) In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7" durch die Angabe „Satz 8" ersetzt.

ii) Der bisherige Satz 10 wird folgt geändert:

aaa) Die Wörter „bis zum 23. Oktober 2015" werden gestrichen.

bbb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

„2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt einer Überweisung bedarf,".

ccc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3 und die Angabe „Satz 5" wird durch die Angabe „Satz 6" ersetzt.

ddd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4 und die Angabe „Satz 7" wird durch die Angabe „Satz 8" ersetzt.

eee) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

jj) In dem bisherigen Satz 12 werden die Wörter „Sätze 2 bis 11" durch die Wörter „Sätze 2 bis 12" ersetzt.

kk) Der bisherige Satz 13 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten."

ll) Der bisherige Satz 14 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung; sie hat ein elektronisches Programm zur Verfü-

gung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können.“

mm) Nach dem bisherigen Satz 14 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.“

nn) In dem bisherigen Satz 15 wird das Wort „Facharztterminen“ durch das Wort „Arztterminen“ ersetzt.

oo) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden.“

b) In Absatz 3c Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 134a Absatz 4 Satz 5 und 6“ ersetzt.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 3 wird nach dem Wort „aufzustellen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bbb) In Nummer 4 wird das Wort „Notdienstnummer“ durch die Wörter „Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

ccc) Die folgenden Nummern 5 und 6 werden angefügt:

„5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements aufzustellen und

6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.“

37. § 75a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 23. Oktober 2015“ gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

b) In Absatz 7 Nummer 3 werden vor dem Wort „bereitgestellt“ die Wörter „und für die Qualifizierung von Weiterbildern“ eingefügt.

c) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „1 000“ durch die Angabe „2 000“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und es ist eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen“ eingefügt.

38. In § 76 Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt, wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch, wenn die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz vermittelt“ eingefügt.

39. In § 77 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 105 Absatz 1a“ ersetzt.

40. § 79 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 40 des Vierten Buches entsprechend.“

b) Absatz 4 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie auf der Internetseite der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen.“

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst.“

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."

41. Nach § 81a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Zulassungsausschüsse nach § 96,
2. die Stellen, die für die Abrechnungsprüfung nach § 106d zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten nach § 75 Absatz 2 Satz 2 zuständig sind, und
4. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation, der Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind."

41a. Dem § 84 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

42. § 85 Absatz 4b bis 4f wird aufgehoben.

43. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch Regelungen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte dazu verpflichten, die für die Beantragung von bewilligungspflichtigen Leistungen notwendigen Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Zur Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren sind die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogene Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die für die Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen versicherungsbezogenen übermittelten Angaben zu verarbeiten."

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

„(1c) Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen insbesondere

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,
2. bei der Behandlung von Parodontopathien,
3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,
4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9

abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des nach Satz 2 im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachter-

verfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich die Partner der Gesamtverträge können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen. Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend."

c) Absatz 2 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Daten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen spätestens bis zum 29. Februar 2020 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2019 ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken."

d) Absatz 2b Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum 1. September 2019 sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

1. ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3,

2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt,

3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie

4. ein Zuschlag in Höhe von mindestens 10 Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2."

e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. September 2019 sind für die Behandlung von Patienten folgende Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen vorzusehen:

1. ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a

Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3,

2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie

3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt.“

bb) In dem bisherigen Satz 4 werden die Wörter „von Satz 3“ durch die Wörter „von den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

f) In Absatz 2d Satz 1 wird die Angabe „2a Satz 3,“ und die Angabe „Satz 5“ gestrichen.

g) Absatz 3b Satz 3 bis 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Erfüllt das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt entsprechend.“

h) Absatz 3d wird wie folgt gefasst:

„(3d) Über die Ausstattung des Instituts nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmittel und über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut entscheidet der Bewertungsausschuss. Die innere Organisation des Instituts ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) in der jeweils geltenden Fassung gerecht wird. Absatz 6 gilt entsprechend. Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b Satz 3 mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

i) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ ersetzt.

j) Absatz 5a wird wie folgt gefasst:

„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ergänzen. Kommt durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der ergänzte Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Die Benennung der beiden unparteiischen Mitglieder durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft soll bis spätestens zum 30. Juni 2019 erfolgen; § 89a Absatz 6 gilt entsprechend. Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nur jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die beiden unparteiischen Mitglieder stimmberechtigt. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss setzt den Beschluss mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von drei Monaten fest. Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.“

k) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut nach Satz 5 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, sofern die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen.“

bb) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „bis 6“ durch die Angabe „bis 7“ ersetzt.

44. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3,
3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,
4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,
5. Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, und
6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

bb) In Satz 7 wird nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Angabe „und 6“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„In den Jahren, in denen die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Der Bewertungsausschuss hat bis zum 1. September 2019 Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist.“

45. In § 87b Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.
46. § 87d wird aufgehoben.
47. In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Abs. 2 Satz 2“ ein Komma und werden die Wörter „§ 29 Absatz 5 Satz 1“ eingefügt.
48. § 89 wird durch die folgenden §§ 89 und 89a ersetzt:

„§ 89

Schiedsamt,
Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsämter).

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsämter).

(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige Schiedsamt oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das Schiedsamt weiter. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die Landesschiedsämter und die Bundesschiedsämter bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte oder Zahnärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Festsetzung des Inhalts eines Vertrages, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken als Vertreter der Krankenkassen nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Absatz 1 genannten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können von Satz 2 abweichende Regelungen vereinbaren. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige Schiedsamt bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des Schiedsamtes führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige Schiedsamt zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige Schiedsamt gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des Schiedsamtes teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das Schiedsamt in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das Schiedsamt innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der

Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter gilt auch für das Bundesversicherungsamt, sofern ihm die Entscheidungen der Schiedsämter gemäß Satz 6 vorzulegen sind. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, den §§ 83, 85 und 87a sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 3, 4 und 5 sowie die aufgrund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 5 Satz 4 bis 7, die Absätze 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 1, 2, 4 und 5 sowie die aufgrund des Absatzes 11 erlassene Verordnung entsprechend.

§ 89a

Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundesebene.

(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, können auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt haben und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschrieben Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und von deren Stellvertretern durch die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsgremien gilt auch für das Bundesversicherungsamt, soweit ihm die Entscheidungen der Schiedsgremien gemäß Satz 6 vorzulegen sind. Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.“

49. Dem § 90 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„In den Landesausschüssen umfasst das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Antragstellung.“

50. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 14 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt

nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen. Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."

b) In Absatz 11 Satz 1 werden die Wörter „§ 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5" durch die Wörter „§ 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9" ersetzt.

51. § 92 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 werden nach der Angabe „§ 27a Absatz 1" die Wörter „sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4" eingefügt.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,".

bbb) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

ccc) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 5 und 6 angefügt:

„5. auf welche Angaben bei Verordnungen nach § 73 Absatz 11 Satz 1 verzichtet werden kann sowie

6. die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1."

bb) In Satz 2 wird nach den Wörtern „Vor der Entscheidung des" das Wort „Gemeinsamen" eingefügt.

c) In Absatz 6a Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016" gestrichen.

d) In Absatz 7a werden die Wörter „§ 127 Absatz 6 Satz 1" durch die Wörter „§ 127 Absatz 9 Satz 1" ersetzt.

e) Absatz 7e wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Mitberatungsrecht" durch die Wörter „Antrags- und Mitberatungsrecht" ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben."

f) In Absatz 7f Satz 1 werden die Wörter „Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind" durch die Wörter „Antrags- und Mitberatungsrecht" und die Wörter „Absatz 7e Satz 2 und 3" durch die Wörter „Absatz 7e Satz 2 bis 7" ersetzt.

51a. In § 92b Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 1. Januar 2016" gestrichen.

51b. In § 94 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 35 Abs. 1" durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und bei Beschlüssen nach § 35 Absatz 1" ersetzt.

52. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3" ein Komma und werden die Wörter „von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3" eingefügt und wird das Semikolon und werden die Wörter „die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich" gestrichen.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich."

cc) In dem bisherigen Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wur-

den und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort“ eingefügt.

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

„(1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „Gesellschafter“ das Wort „entweder“ eingefügt.

bb) In Satz 9 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.

cc) Nach Satz 9 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „zeitlich vollen oder hälftigen“ gestrichen.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz,“ eingefügt.

cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.“

e) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.“

f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „eine hälftige Entziehung“ durch die Wörter „die Entziehung der Hälfe oder eines Viertels“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder“ gestrichen.

cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich.“

dd) In dem bisherigen Satz 5 werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz“ ersetzt.

g) In Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „endet“ ein Komma und werden die Wörter „wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird,“ eingefügt.

h) In Absatz 9 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ eingefügt.

i) In Absatz 9b wird die Angabe „§ 103 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 103 Absatz 3a“ ersetzt.

53. Nach § 96 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:

1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Absatz 2 Satz 4,
4. Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,
5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
6. Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und
7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.“

54. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 wird die Angabe „1. Januar 2017“ durch die Angabe „1. Juli 2019“ ersetzt.

bb) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.“

cc) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen einer befristeten Übergangsregelung zur Umsetzung des Auftrags nach Satz 7 bestimmen, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen für einzelne Arztgruppen und Planungsbereiche zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung in verschiedenen Planungsbereichen auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auch bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent anordnen können. Festlegungen nach Satz 8 sind bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nur zu berücksichtigen, sofern die entsprechenden Sitze besetzt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind.“

b) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.

55. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete stellt der Landesausschuss im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden

Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zugrunde zu legen. Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen."

b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung" durch die Wörter „Satz 1 gilt auch bei Verzicht auf die Hälfte oder eines Viertels der Zulassung oder bei Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden" eingefügt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5" eingefügt.

bb) Satz 5 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots; dies gilt entsprechend für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit einem besonderen Versorgungsangebot."

cc) In Satz 9 werden die Wörter „in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6" gestrichen.

dd) Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Hat sich ein Bewerber nach Satz 5 Nummer 7 bereit erklärt, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, kann der Zulassungsausschuss die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen, dass sich der Bewerber zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet."

d) Nach Absatz 4a Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt."

e) Nach Absatz 4b Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt."

56. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat" gestrichen.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „kann" durch das Wort „hat" ersetzt, wird nach dem Wort „Strukturfonds" das Wort „zu" eingefügt und wird die Angabe „0,1 Prozent" durch die Wörter „mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die" durch das Wort „Die" ersetzt und wird nach dem Wort „Ersatzkassen" das Wort „haben" eingefügt.

cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
3. Vergabe von Stipendien,
4. Förderung von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a

Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13,

7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen.

Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds.“

c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b bis 1d eingefügt:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

(1c) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.“

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

e) Absatz 4 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderungen, die an die berechtigen vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“

56a. § 106 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Absatz 1 bis 3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.

b) Nach Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.“

57. § 106a Absatz 1 bis 5 wird durch die folgenden Absätze 1 bis 4 ersetzt:

„(1) Die Wirtschaftlichkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung arztbezogen durch die jeweilige Prüfungsstelle nach § 106c geprüft werden. Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.

(2) Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 besteht insbesondere

1. bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
2. bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
3. bei begründetem Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
4. bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder
5. bei begründetem Verdacht, dass Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie unvereinbar mit dem Heil- und Kostenplan sind.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. November 2019 das Nähere zu den Voraussetzungen nach Ab-

satz 2 in Rahmenempfehlungen. Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

(4) Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 1 als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen; dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.“

58. § 106b wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „das“ das Wort „zuständige“ eingefügt und werden die Wörter „nach § 89 Absatz 4“ durch die Angabe „gemäß § 89“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird aufgehoben.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „das“ das Wort „zuständige“ eingefügt und wird das Wort „nach“ durch das Wort „gemäß“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

bb) Die folgenden Nummern 3 und 4 werden angefügt:

„3. Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7;

4. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11 Satz 1.“

59. § 106d wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Plausibilität“ ein Komma und werden die Wörter „auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3“ eingefügt.

b) Nach Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 folgen, müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.“

c) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und“ eingefügt.

d) In Absatz 7 wird die Angabe „Abs. 4b“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

60. § 114 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „§ 89 Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3)“ gestrichen.

61. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a.“

b) Absatz 3a wird aufgehoben.

62. § 115b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

63. § 116b Absatz 6 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

64. § 117 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wird die folgt gefasst:

„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

b) Die Sätze 6, 7 und 8 werden aufgehoben.

65. § 118 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Wird der Vertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

b) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

66. § 118a Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

67. In § 120 Absatz 3a Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Angabe „und 6“ eingefügt.

67a. Die §§ 124 und 125 werden durch die folgenden §§ 124 bis 125b ersetzt:

„§ 124

Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, die

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss besitzen,
2. über eine Praxisausstattung verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 und § 125a anerkennen.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden gemeinsam und einheitlich bei einem der Landesverbände oder den Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen trifft. Die Arbeitsgemeinschaften sind berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben. Die Möglichkeit der Änderung oder Aufhebung gilt auch für Verwaltungsakte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen erteilt worden sind. Die Arbeitsgemeinschaft kann sich dabei auch auf mehrere Bundesländer erstrecken. Die Kosten tragen die Landesverbände und die Ersatzkassen anteilig nach Versicherten nach der Statistik KM 6. Die Arbeitsgemeinschaft darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie hat die maßgeblichen Daten zur Zulassung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, der die Krankenkassen regelmäßig über die zugelassenen Leistungserbringer informiert. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt § 124 Absatz 5 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 ist berechtigt, die zuzulassenden Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu den üblichen Praxiszeiten zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Arbeitsgemeinschaft sind zu vermeiden.

(4) Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als für die Ersatzkassen gemäß Absatz 2 erteilte Zulassung weiter. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllen, wenn sie über eine Praxisausstattung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 2 verfügen. Einer Zulassung bedarf es nicht. Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf. § 125b gilt entsprechend.

(6) Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach Satz 2 innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle anzuerkennen. Die Zulassung gilt innerhalb dieses Zeitraums fort. Bis zum Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 sind die geltenden Vereinbarungen nach § 125 Absatz 2 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung anzuerkennen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Anerkennung der Vereinbarung nach § 125a über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung entsprechend. Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 125a oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle ist die Anerkennung dieser Vereinbarung keine

Zulassungsvoraussetzung nach Absatz 1 Nummer 3. Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Absatz 4 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

§ 125

Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind mit Wirkung ab dem 1. Juli 2020 zu schließen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. die Preise der einzelnen Leistungspositionen sowie einheitliche Regelungen für deren Abrechnung,
2. die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung,
3. die erforderlichen Weiterbildungen der Leistungserbringer für besondere Maßnahmen der Physiotherapie,
4. der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbearbeitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt,
5. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
6. der Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit dem verordnenden Vertragsarzt,
7. die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer,
8. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung,
9. Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte; zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf dessen Anforderung eine Statistik über die im Rahmen von § 165 des Siebten Buches erfolgten Meldungen zu übersenden, die insbesondere die Anzahl der Arbeitnehmer, deren geleistete Arbeitsstunden sowie die geleisteten Entgelte enthalten soll, sowie
10. personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung im Sinne des § 124 Absatz 1 Nummer 2 gewährleisten, wobei insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbart werden können.

(3) Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die auszuhandelnden Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Sie haben bei der Vereinbarung der Preise für die einzelnen Leistungspositionen unter Zugrundelegung eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebes insbesondere Folgendes zu berücksichtigen:

1. die Entwicklung der Personalkosten,
2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie
3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis.

§ 71 findet keine Anwendung.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 sollen eine gemeinsame Empfehlung zur Ausgestaltung einer barrierefreien Praxis abgeben.

(5) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Juli 2020 oder bis zum Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf die Preise für die einzelnen Leistungspositionen oder eine Anpassung dieser Preise einigen, werden der Inhalt des Vertrages oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 6 festgesetzt. Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, sind neben der Festsetzung der Preise auch Zahlbeträge zu beschließen, durch die Vergütungsausfälle ausgeglichen werden, die bei den Leistungserbringern durch die verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle entstanden sind. Der bisherige Vertrag oder die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden bis zum 15. November 2019 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Auf Seiten der Heilmittelerbringer erfolgt die Besetzung der Schiedsstelle für jeden Leistungsbereich getrennt voneinander. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Über den un-

parteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. Für eine Abberufung der unparteiischen Mitglieder aus wichtigem Grund gilt § 89 Absatz 7 Satz 3 entsprechend. Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter tragen die Vertragsparteien selbst. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.

(7) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern, deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit kurortspezifischen Heilmitteln schließen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(8) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Heilmittelbereich für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln schließen, soweit die Verträge nach Absatz 1 dem nicht entgegenstehen.

(9) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen einen Vertrag über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

§ 125a

Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind bis zum 15. November 2020 zu schließen. Gegenstand der Verträge ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer aufgrund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen. Im Übrigen sind Abweichungen von dieser Richtlinie nur in dem von den Vertragspartnern nach Absatz 2 Nummer 2 vereinbarten Umfang möglich. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nummer 1 und 7 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. alle Indikationen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,
2. Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,
3. einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,
4. Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,
5. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,
6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie
7. Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 15. November 2020 zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb

von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 festgesetzt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge nach Absatz 1 zu veröffentlichen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform der erweiterten Versorgungsverantwortung sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.

(6) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung, der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. Die Evaluierung hat durch einen durch die Vertragspartner gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

§ 125b

Bundesweit geltende Preise

(1) Die Verträge nach § 125 Absatz 2 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nur bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 des jeweiligen Heilmittelbereichs oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle mit der Maßgabe fort, dass ab dem 1. Juli 2019 die nach Absatz 2 zu bildenden Preise gelten. Einer Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.

(2) Ab dem 1. Juli 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition in einer Region des Bundesgebietes vereinbart worden ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat sich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene auf die bundesweit geltenden Preise zu verständigen. § 71 findet keine Anwendung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die nach diesem Absatz festgesetzten Preise bis zum 30. Juni 2019 zu veröffentlichen. Erfolgt keine Veröffentlichung der Preise bis zum Ablauf der in Satz 4 genannten Frist, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Preise festsetzen; es kann dazu die Übermittlung aller bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Preise oder der bereits abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangen. Die Preise gelten mindestens bis zum 30. Juni 2020. Einer gesonderten Kündigung bedarf es nicht.

(3) Die Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nur bis zum Inkrafttreten des jeweiligen Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle. Einer Kündigung der Rahmenempfehlungen bedarf es nicht.“

67b. In § 126 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Abs. 1, 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 1 und 3“ ersetzt.

68. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1, 1a und 1b werden aufgehoben.

b) Die Absätze 2, 2a, 3, 4, 4a, 5, 5a, 5b, 6 werden die Absätze 1 bis 9.

c) Der neue Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt. Verträge nach Absatz 1 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung werden mit Ablauf des 30. November 2019 unwirksam.“

d) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.“

e) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach den Wörtern „Krankenkasse nach Absatz 1“ wird die Angabe „und 2“ gestrichen.

bb) Die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3“ werden durch die Wörter „Absatz 1 Satz 3 und 4“ ersetzt.

f) In Absatz 4 werden die Wörter „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Wörter „Absätzen 1 und 3“ ersetzt.

g) In dem neuen Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

h) In dem neuen Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

i) Der neue Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 bis 4 gilt entsprechend“ gestrichen.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte.“

cc) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Wörter „Absätzen 1 und 3“ ersetzt.

69. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

b) In Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

c) Absatz 10 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln.“

70. § 130a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Union“ die Wörter „oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird,“ eingefügt.

bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend.“

b) Dem Absatz 8 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i.“

71. § 130b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.“

bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

b) Absatz 6 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„In der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 kann das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, das Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten geregelt werden.“

c) In Absatz 9 Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

72. In § 132a Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 5 und 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

73. (weggefallen)

74. § 132e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ durch die Wörter „oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ ersetzt und werden die Wörter „Absatz 1 und 2“ gestrichen.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„In den Verträgen mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, sind insbesondere folgende Regelungen vorzusehen:

1. Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst,
2. Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind,
3. Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) und
4. Regelungen zur Übernahme der für die Beschaffung von Impfstoffen anfallenden Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Krankenkassen für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist und die nicht privat krankenversichert sind.“

cc) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten nach einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder nach Erlass oder Änderung der Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes, legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den jeweiligen Vertragsinhalt fest.“

dd) Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Endet ein Vertrag nach Satz 1 oder endet eine Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung, so gelten seine oder ihre Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung meldet bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen auf Grundlage der durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geplanten Bestellungen an das Paul-Ehrlich-Institut. Das Paul-Ehrlich-Institut prüft den nach Satz 1 übermittelten Bedarf unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent durch Vergleich mit den nach § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes mitgeteilten Daten von Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen bis zum 15. März eines Kalenderjahres. Die Prüfung nach Satz 2 erfolgt im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut. Das Ergebnis der Prüfung teilt das Paul-Ehrlich-Institut unverzüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen mit.“

74a. In § 132g Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach“ gestrichen.

74b. In § 133 Absatz 4 wird die Angabe „§ 127 Absatz 6“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 9“ ersetzt.

75. § 134a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a, 2b und 2c eingefügt:

„(2a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine Vertragspartnerliste, in der alle zur Leistungserbringung zugelassenen freiberuflichen Hebammen nach Absatz 2 geführt werden. Diese enthält folgende Angaben:

1. Bestehen einer Mitgliedschaft in einem Berufsverband und Name des Berufsverbandes oder
2. Beitritt nach Absatz 2 Nummer 2 und dessen Widerruf sowie
3. Unterbrechung und Beendigung der Tätigkeit,
4. Vorname und Name der Hebamme,
5. Anschrift der Hebamme beziehungsweise der Einrichtung,
6. Telefonnummer der Hebamme,
7. E-Mail-Adresse der Hebamme, soweit vorhanden,
8. Art der Tätigkeit,
9. Kennzeichen nach § 293.

Die Hebammen sind verpflichtet, die Daten nach Satz 2 sowie Änderungen unverzüglich über den Berufsverband, in dem sie Mitglied sind, an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Hebammen, die

nicht Mitglied in einem Berufsverband sind, haben die Daten sowie Änderungen unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Nähere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und die Datenübermittlungen vereinbaren die Vertragspartner im Vertrag nach Absatz 1. Sie können im Vertrag nach Absatz 1 die Übermittlung weiterer, über die Angaben nach Satz 2 hinausgehender Angaben vereinbaren, soweit dies für die Aufgabenerfüllung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erforderlich ist.

(2b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen. Er stellt auf seiner Internetseite ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem die Angaben nach Absatz 2a Satz 2 Nummer 4 und 6 bis 8 sowie gegebenenfalls weitere freiwillig gemeldete Angaben abgerufen werden können.

(2c) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die Daten nach Absatz 2 zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Vorschrift zu verarbeiten. Er ist befugt und verpflichtet, die Daten nach Absatz 2a an die Krankenkassen zu übermitteln.“

b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat; die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.“

76. In § 135 Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

76a. § 136b Absatz 8 Satz 1 und 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesauschuss hat das Institut nach § 137a bei den nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgewählten vier Leistungen oder Leistungsbereichen mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu beauftragen.“

76b. § 136c Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.

76c. In § 137b Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „übermittelt“ durch das Wort „verarbeitet“ ersetzt.

77. § 137c Absatz 1 Satz 5 wird aufgehoben.

78. § 137e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt und werden die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ gestrichen.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt; abweichend von § 89a Absatz 3 Satz 1 ist der Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium festzusetzen.“

b) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„An der Erprobung beteiligte Medizinprodukthersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen, wenn sie diese Absicht innerhalb eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Zeitraums nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 1, der zwei Monate nicht unterschreiten darf, dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitteilen.“

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Die Kosten einer von ihm nach Absatz 5 Satz 1 beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt der Gemeinsame Bundesausschuss.“

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben“ gestrichen.

bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Erkenntnisse“ das Wort „unverzüglich“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt. Die Kostentragung hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung richtet sich nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Erprobung ablehnt, weil er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht, gilt Satz 4 entsprechend.“

e) In Absatz 8 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „zu dem Verfahren der Erprobung sowie zu der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen“ eingefügt.

78a. Dem § 137f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.“

79. § 137h wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts“ eingefügt und wird nach den Wörtern „Anwendung des Medizinprodukts“ ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt,“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 4.“

cc) In Satz 3 werden die Wörter „Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf,“ durch die Wörter „Vor der Bewertung“ und die Wörter „den jeweils“ durch das Wort „weiteren“ ersetzt.

dd) Satz 4 Nummer 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„2. die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder

3. weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nummer 2“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „eine Prüfung des Potentials der Methode erfolgt nicht“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

cc) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

dd) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Methode wird im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinprodukts regeln, das im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode angewendet wird, insbesondere einen befristeten Zeitraum für dessen Abrechnungsfähigkeit festlegen. Die betroffenen Hersteller haben dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln.“

ee) Der bisherige Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Nach Abschluss der Erprobung oder im Falle einer vorzeitigen Beendigung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c. Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt.“

e) In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „Hersteller von Medizinprodukten“ ein Komma und werden die Wörter „auf deren Wunsch auch unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus,“ eingefügt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie zu dem Verfahren einer Erprobung einschließlich der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zu beauftragen“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Für die Hersteller von Medizinprodukten ist die Beratung gebührenpflichtig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die diesen im Rahmen der Beratung von Medizinprodukteherstellern nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten, soweit diese Kosten vom Medizinprodukthersteller getragen werden. Das Nähere einschließlich der Erstattung der entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.“

79a. § 137i wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 5 wird vor dem Wort „entsprechend“ das Wort „erforderlichenfalls“ eingefügt.

b) Dem Absatz 4b werden die folgenden Sätze angefügt:

„Zudem vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die nach Absatz 3a Satz 2 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Lieferung von Daten ausgewählt wurden und ihre Pflicht zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes über Verstöße gegen die in den Sätzen 1 und 2 genannten Pflichten der Krankenhäuser.“

c) Absatz 4c wird wie folgt gefasst:

„(4c) Widerspruch und Klage gegen Maßnahmen zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, gegen Maßnahmen zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern sowie gegen Maßnahmen zur Begründung der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

d) Absatz 6 wird aufgehoben und Absatz 7 wird Absatz 6.

80. § 140a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „20d“ durch die Angabe „20i“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

80a. In § 140f Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1,“ gestrichen und werden die Wörter „§ 127 Absatz 1a Satz 1, Absatz 5b und 6“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 8 und 9“ ersetzt.

80b. Die Überschrift zu § 142 wird wie folgt gefasst:

„§ 142

Sachverständigenrat“.

81. § 188 Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

82. In § 190 Absatz 11a wird die Angabe „Nr. 6“ durch die Wörter „Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung“ ersetzt.

83. Nach § 197a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst und
5. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf per-

sonenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind."

84. Dem § 217b Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach § 35a Absatz 6 Satz 3 des Vierten Buches sind auf die Vergütungen der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."

85. Dem § 217f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung aufzustellen."

85a. Dem § 219b wird folgender Satz angefügt:

„Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt nach Gemeinsamen Verfahrensgrundsätzen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. bestimmt werden."

85b. § 219c wird aufgehoben.

85c. In § 221 Absatz 1 werden die Wörter „10,5 Milliarden Euro für das Jahr 2014, 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2015, 14 Milliarden Euro für das Jahr 2016 und ab dem Jahr 2017" gestrichen.

86. In § 225 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12" durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12" ersetzt.

87. Dem § 228 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Ein Beitragsbescheid ist abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach den Sätzen 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind."

88. § 235 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Behinderten" durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen" ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „gilt" durch das Wort „gelten" ersetzt und werden die Wörter „vom Hundert" durch das Wort „Prozent" ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3" durch die Angabe „Satz 4" ersetzt.

89. In § 237 Satz 3 werden nach dem Wort „für" die Wörter „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für" eingefügt.

89a. In § 240 Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „nach Absatz 4 Satz 1 oder Satz 2" gestrichen.

90. § 256 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Komma und werden die Wörter „die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen," gestrichen.

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

90a. Dem § 270 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Das Bundesversicherungsamt mindert für eine Krankenkasse, die laut erstmaliger Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 11 ihrer Verpflichtung nach § 291a Absatz 5c Satz 4 nicht nachgekommen ist, die nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c um 2,5 Prozent. Die nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 für eine Krankenkasse um 7,5 Prozent zu mindern, wenn in dem auf das jeweilige Ausgleichsjahr folgenden Jahr eine weitere Mitteilung nach § 291a Absatz 5c Satz 11 und 12 zu derselben Krankenkasse erfolgt. Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag der Krankenkasse in einem Bescheid mit. Klagen gegen die Höhe der Sanktion haben keine aufschiebende Wirkung."

91. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder IT-Berater mit einzelnen Bereichen der Prüfung beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2."

92. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.“

b) Absatz 1b wird aufgehoben.

92a. In § 276 Absatz 2 Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§ 275“ durch die Wörter „den §§ 275, 275a und 275b“ ersetzt.

93. § 279 Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen.“

94. Dem § 282 Absatz 2d werden die folgenden Sätze angefügt:

„Eine höhere Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden. Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 6 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 279 Absatz 4 Satz 5 sind auf die Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

95. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 7 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c“ eingefügt.

b) In Nummer 12 werden die Wörter „Vergütungsverträgen nach dem § 87a“ durch die Wörter „von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen“ ersetzt.

c) In Nummer 13 werden die Wörter „soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden,“ gestrichen.

d) In Nummer 16a wird die Angabe „§ 127 Absatz 5a“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 7“ ersetzt.

e) Die Nummern 16a und 17 werden die Nummern 17 und 18.

95a. In § 285 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 17a der Röntgenverordnung und den ärztlichen Stellen nach § 83“ durch die Angabe „§ 128 Absatz 1“ ersetzt.

95b. Dem § 291 Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

96. § 291a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 werden die Wörter „den Patienten“ durch die Wörter „die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten“ ersetzt.

bbb) Nummer 5 wird aufgehoben.

bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 8 wird die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

bb) Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:

„Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen.“

cc) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

c) Absatz 5c wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass

1. Daten über den Versicherten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und

2. Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können.“

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Tele-

matik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte und Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen. Bis alle Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nachgekommen sind, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum Stichtag 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2021, ob die Krankenkassen ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte nach Satz 4 zur Verfügung gestellt haben. Ist eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies durch Bescheid fest. In dem Bescheid ist die betroffene Krankenkasse über die Sanktionierung gemäß § 270 Absatz 3 zu informieren. Klagen gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesversicherungsamt erstmalig bis zum 15. Januar 2021 mit, welche Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen sind. Die Mitteilung nach Satz 11 erfolgt jeweils zum 15. Januar des Jahres, an dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bescheid festgestellt hat, dass eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen ist.“

d) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „5 und“ durch die Angabe „4 und“ ersetzt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Spitzenverband“ durch die Wörter „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Sie nehmen“ durch die Wörter „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen nehmen“ ersetzt.

f) In Absatz 7b Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 2“ ersetzt.

g) In Absatz 7d Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 2“ ersetzt.

97. § 291b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. Um einen strukturierten Prozess zu gewährleisten, erstellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb von vier Wochen nach dem 11. Mai 2019 eine Verfahrensordnung zur Herstellung des Benehmens nach Satz 7. Innerhalb von vier Wochen nach Erstellung der Verfahrensordnung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Benehmen hierzu mit den nach Satz 7 zu Beteiligenden herzustellen. Die Gesellschaft für Telematik kann der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 7 angemessene Fristen, entsprechend dem Projektstand, setzen; hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung die jeweilige Frist nicht ein, kann die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung der jeweiligen Festlegungen nach Satz 7 im Benehmen mit den in Satz 7 genannten Organisationen beauftragen. Satz 8 findet entsprechende Anwendung. Das Verfahren für das Vorgehen nach Fristablauf legt die Gesellschaft für Telematik fest. Die Festlegungen der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung nach Satz 7 oder die Festlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Satz 11 zweiter Halbsatz sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Sie können nur durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. Eine Entscheidung der Spitzenorganisationen nach Satz 15 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen. Die Festlegungen nach den Sätzen 7, 11 zweiter Halbsatz und Satz 15 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Satz 18 gilt für die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsprechend, sofern diese nach Satz 11 zweiter Halbsatz die Aufgabe nach Satz 7 erfüllt."

bb) Die bisherigen Sätze 9 bis 14 werden aufgehoben.

b) Dem Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 26. Mai 2019 zu veröffentlichen."

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik, die auf der Grundlage des § 291a Absatz 7 in der bis zum 11. Mai 2019 geltenden Fassung gegründet worden ist, ist nach folgenden Grundsätzen anzupassen:

1. Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die Geschäftsanteile entfallen zu 51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 24,5 Prozent auf die anderen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen. Die Gesellschafter können den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; im Fall eines Beitritts sind die Geschäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen;
2. unbeschadet zwingender gesetzlicher Mehrheitserfordernisse entscheiden die Gesellschafter mit der einfachen Mehrheit der sich aus den Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen."

d) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 9 werden die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit" gestrichen.

bb) In Satz 10 werden die Wörter „Die Gesellschafter, der Geschäftsführer der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit" durch die Wörter „Die Gesellschafter und die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik" ersetzt.

e) Absatz 3 wird aufgehoben.

f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur sind für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; dies gilt auch für Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist. Vor der Beschlussfassung hat die Gesellschaft für Telematik dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern Belange des Datenschutzes oder der Datensicherheit berührt sind."

g) Absatz 5 wird aufgehoben.

h) Nach Absatz 6 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über Meldungen nach Satz 4 zu informieren."

97a. § 291c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik" durch die Wörter „Spitzenorganisationen" ersetzt.

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 7 Satz 1 bis 3 wird aufgehoben.

98. § 293 Absatz 7 Satz 12 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 10 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf

Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

99. § 295 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,“ eingefügt.

b) In Absatz 1a wird die Angabe „§ 106a“ durch die Angabe „§ 106d“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ eingefügt.

d) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3, den §§ 73b, 76 Absatz 1a, den §§ 116, 116a, 116b Absatz 2, den §§ 117 bis 119, 119c, 120 Absatz 1a, den §§ 121a, 137f und 140a sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen. Die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben nach Satz 3 und die jährliche Aktualisierung nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu beschließen, sofern Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 wesentlich von Leistungserbringern nach Satz 5, mit Ausnahme von Leistungserbringern nach den §§ 73b und 140a, vergeben werden.“

100. § 295a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

100a. § 297 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 3 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 wird Absatz 1 und Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird Absatz 2 und Satz 4 wird aufgehoben.

101. § 299 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „gemäß § 135a Absatz 2“ die Wörter „sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten“ eingefügt.

b) Satz 5 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und

a) die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder

b) die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation Gegenstand der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 ist;

die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Abweichend von Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz können die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b und die Vereinbarungen nach § 137d vorsehen, dass den Leistungserbringern nach Satz 1 die Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden. Die Leistungserbringer dürfen diese versichertenbezogenen Daten mit den Daten, die bei ihnen zu den Versicherten bereits vorliegen, zusammenführen und für die in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegten Zwecke verarbeiten.“

101a. § 301 Absatz 5 Satz 3 wird aufgehoben.

102. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in An-

spruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung, ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.“

b) In Absatz 2 Satz 5 werden die Wörter „schriftlich in verständlicher Form“ durch die Wörter „in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 127 Absatz 1 Satz 4, Absatz 3 und 4a“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 3 und 5“ ersetzt.

103. Folgender § 326 wird angefügt:

„§ 326

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter

(1) § 79 Absatz 6 Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 15, § 217b Absatz 2 Satz 8 und § 282 Absatz 2d Satz 6 gelten auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. § 79 Absatz 6 Satz 5 bis 8, § 91 Absatz 2 Satz 16 bis 19, § 217b Absatz 2 Satz 9 bis 12, § 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10 gelten nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat. Die zur Zukunftssicherung vertraglich vereinbarten nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit derselben Person in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden.

(2) Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 5, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 9 und § 282 Absatz 2d Satz 6 kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden. Zu Beginn der darauf folgenden Amtszeiten oder im Zeitpunkt der darauf folgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters kann bei der Erhöhung der Grundvergütung nur die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 49 Absatz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „Beginn der Arbeitsunfähigkeit“ die Wörter „oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 7“ eingefügt.

2. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „50 vom Hundert“ durch die Angabe „60 Prozent“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „um 20 vom Hundert“ durch die Wörter „auf 70 Prozent“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „um weitere 10 vom Hundert“ durch die Wörter „auf 75 Prozent“ ersetzt.

dd) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Betrag in jeweils gleicher Höhe“ durch die Wörter „Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ und die Wörter „den doppelten Festzuschuss“ durch die Wörter „den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent

der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1“ durch die Wörter „Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

2a. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden“ eingefügt.

3. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 295

Übermittlungspflichten und
Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,“.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.“

Artikel 3

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch längstens für 182 Tage,“ gestrichen.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf Krankengeld nach § 24b Absatz 2 Satz 2 und den §§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht kein Anspruch.“

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird aufgehoben.

b) In Satz 2 wird das Komma und werden die Wörter „ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn festgestellt wurde, dass ein Bezieher von Eingliederungshilfe bereits bei Beginn des Leistungsbezugs arbeitsunfähig war“ gestrichen.

3. Absatz 4 wird aufgehoben.

4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Leistungen gewährt die nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung gewählte Krankenkasse. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, das nach § 8 für den Spätaussiedler als Aufnahmeland festgelegt ist oder festgelegt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse.“

5. Absatz 6 wird aufgehoben.

6. Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwands der Krankenkassen untereinander für den Fall, dass eine Versicherung nicht bei der Krankenkasse zustande kommt, die die Leistungen nach § 11 erbracht hat, das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden; für die Erstattung der Krankenkassen untereinander gilt § 103 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

7. Absatz 7a wird aufgehoben.

8. In Absatz 8 wird die Angabe „bis 7a“ durch die Angabe „bis 7“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1151) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „sowie der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ und nach den Wörtern „Beanstandungen von Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ eingefügt.

2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden die Wörter „gemeinsame Schiedsämter nach § 89 Abs. 4“ durch die Wörter „Bundesschiedsämter nach § 89 Absatz 2“ ersetzt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, werden die Wörter „des Bundesschiedsamtes nach § 89 Abs. 7“ durch die Wörter „des weiteren Schiedsamtes auf Bundesebene nach

§ 89 Absatz 12“ ersetzt und wird vor dem Wort „sowie“ ein Komma und werden die Wörter „des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämtern“ die Wörter „und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

§ 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 10 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
2. Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen.“

Artikel 6

Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift des ersten Abschnitts wird gestrichen.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
   a) Die Absätze 1 bis 4 werden aufgehoben.
   b) In Absatz 5 wird die Absatzbezeichnung „(5)“ gestrichen und werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „sowie für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene“ eingefügt.
3. § 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 2

Wird ein Landesschiedsamt oder ein sektorenübergreifendes Landesschiedsgremium für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher oder Kassenzahnärztlicher Vereinigungen errichtet, so sollen sich die Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so schlagen sie je bis zu sieben Vertreter und sieben Stellvertreter vor. In diesem Fall entscheidet das Los darüber, wer von den als Vertreter Vorgeschlagenen als Vertreter und, soweit die Anzahl der als Stellvertreter Vorgeschlagenen die erforderliche Anzahl überschreitet, wer als Stellvertreter bestellt ist.“

4. § 3 Satz 1 wird aufgehoben.
5. § 4 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) Satz 1 wird aufgehoben.
      bb) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei einer Abberufung der unparteiischen Mitglieder und ihrer Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde sind die Organisationen vorher zu hören, die das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben.“

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
      aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Abberufung der Vertreter oder ihrer Stellvertreter durch die Organisationen, die sie bestellt haben, ist dem Vorsitzenden mitzuteilen.“

      bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Mitgliedschaft“ die Wörter „der Vertreter oder ihrer Stellvertreter“ eingefügt.
      cc) Satz 3 wird aufgehoben.
6. § 5 wird wie folgt geändert:
   a) Satz 1 wird aufgehoben.
   b) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Legen die Vertreter ihr Amt nieder, hat die für die Bestellung zuständige Organisation den Vorsitzenden des jeweiligen Schiedsamtes oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu benachrichtigen.“

   c) Satz 3 wird aufgehoben.
   d) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Legen die unparteiischen Mitglieder ihr Amt nieder, so haben sie dies der für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen.“

   e) In dem bisherigen Satz 5 werden nach dem Wort „Erklärungen“ die Wörter „über die Amtsniederlegung“ eingefügt.
   f) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 4 Absatz 2 Satz 2 gilt.“

7. § 6 wird aufgehoben.
8. § 7 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 wird jeweils das Wort „Körperschaften“ durch das Wort „Organisationen“ ersetzt und werden nach dem Wort „Schiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien“ eingefügt.
   b) In Satz 2 wird das Wort „Körperschaft“ durch das Wort „Organisation“ ersetzt.
9. In § 8 Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt und werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene“ eingefügt.

10. § 9 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt und werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.
    b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „oder der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.
11. In § 10 Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt, werden nach dem Wort „Schiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien“ eingefügt und wird das Wort „Körperschaften“ durch das Wort „Organisationen“ ersetzt.
12. § 11 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.
    b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene“ eingefügt.
    c) In Satz 3 wird das Wort „Schiedsamtsverfahrens“ durch das Wort „Schiedsverfahrens“ ersetzt.
13. § 12 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Die die Schiedsämter bildenden Körperschaften tragen die Kosten für die von ihnen oder der zuständigen Aufsichtsbehörde bestellten Vertreter selbst.“
14. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

    „§ 12a

    Die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, tragen die Kosten für die von ihnen oder der zuständigen Aufsichtsbehörde bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren nach § 20 verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Organisationen zu je einem Drittel. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilig.“
15. § 13 wird aufgehoben.
16. § 14 wird wie folgt gefasst:

    „§ 14

    Ist für die Einleitung des Schiedsverfahrens ein Antrag erforderlich, ist dieser schriftlich bei dem Vorsitzenden des zuständigen Schiedsamtes oder des zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu stellen. Die Vertragspartei, die den Antrag gestellt hat, hat in dem Antrag den Sachverhalt zu erläutern, ein zusammenfassendes Ergebnis der vorangegangenen Verhandlungen darzulegen sowie die Teile des Vertrages aufzuführen, über die eine Einigung nicht zustande gekommen ist.“
17. In § 15 wird das Wort „Schiedsamt“ durch die Wörter „zuständigen Schiedsamt oder dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium“ ersetzt.
18. § 16 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Schiedsamt“ die Wörter „oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ eingefügt.
    b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

    „Die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde ist zu allen Sitzungen des jeweiligen Schiedsamts oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen. Das Bundesversicherungsamt ist ebenfalls zu den Sitzungen des jeweiligen Schiedsamts oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen, sofern in den Sitzungen Entscheidungen verhandelt werden, die dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind.“
19. § 16a wird aufgehoben.
20. § 17 wird wie folgt gefasst:

    „§ 17

    Sachverständige und Zeugen, die auf Beschluss eines Schiedsamts oder eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, sind entsprechend dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz zu vergüten oder zu entschädigen.“
21. § 18 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 wird aufgehoben.
    b) In Absatz 2 wird die Absatzbezeichnung „(2)“ gestrichen.
22. § 19 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Schiedsamts“ die Wörter „oder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums“ eingefügt.
    b) Satz 3 wird aufgehoben.
23. § 20 wird wie folgt geändert:
    a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Für die Festsetzung eines Vertrages durch ein Schiedsamt oder durch ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium wird eine Gebühr in Höhe von 200 bis 1 200 Euro erhoben; der Vorsitzende setzt die Gebühr nach der Bedeutung und Schwierigkeit des jeweiligen Falles fest.“
    b) In Satz 2 wird das Wort „Schiedsamtsverfahren“ durch das Wort „Schiedsverfahren“ ersetzt.
24. In § 21 werden nach dem Wort „Schiedsamt“ die Wörter „oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ eingefügt und wird das Wort „Schiedsamtsverfahren“ durch das Wort „Schiedsverfahren“ ersetzt.
25. In § 22 Satz 1 werden die Wörter „zur Hälfte“ durch die Wörter „in gleichen Anteilen“ ersetzt.

26. Der zweite und dritte Abschnitt werden aufgehoben.

Artikel 7

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der Inhaltsübersicht wird folgende Angabe angefügt:

   „§ 121 Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen“.

2. § 35a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu veröffentlichen.“

   b) Absatz 6a wird wie folgt geändert:

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

         „Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen.“

      bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

         „Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

3. Folgender § 121 wird angefügt:

„§ 121

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen

§ 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 gilt nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat. Die zur Zukunftssicherung eines Vorstandsmitgliedes vertraglich vereinbarten nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 10. Mai 2019 zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit diesem Vorstandsmitglied in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden.“

Artikel 8

Änderung der Schiedsstellenverordnung

In § 2 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 1e des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) geändert worden ist, wird das Komma und werden die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 9

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 34 Absatz 6 Satz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ und die Angabe „§ 89 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 11“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zu § 112 wird folgende Angabe zu § 112a eingefügt:

      „§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten“.

   b) Die Angabe zu § 125 wird wie folgt gefasst:

      „§ 125 (weggefallen)“.

2. In § 18 Absatz 6a Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

3. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Geschäftsjahre“ das Wort „ab“ eingefügt und wird nach der Angabe „2013“ die Angabe „bis 2018“ gestrichen.

4. § 25 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;“ die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ eingefügt.

   b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.

bb) In Nummer 4 werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ ersetzt.

5. Dem § 37 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.“

6. Dem § 47a wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“

7. § 71 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden.“

bb) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Satz 1 oder 2“ durch die Wörter „den Sätzen 1, 2 oder 3“ ersetzt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Juni 2021 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.“

8. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.“

b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3“ durch die Wörter „Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3“ ersetzt.

9. Nach § 112 wird folgender § 112a eingefügt:

„§ 112a

Übergangsregelung
zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambu-

lante Betreuungsdienste. Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

(4) Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 nicht statt.

(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen.“

10. In § 114a Absatz 3a Satz 8 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
11. In § 118 Absatz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „18b,“ die Angabe „112a Absatz 2, §“ eingefügt.
12. Dem § 120 Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“

13. § 125 wird aufgehoben.

Artikel 11

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 2019 (BGBl. I S. 537) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.
2. In § 78 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie die Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b“ eingefügt.

Artikel 12

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a wird vor dem Komma am Ende ein Komma und werden die Wörter „sofern es sich nicht um die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte handelt“ eingefügt.
2. § 2 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte sind auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ein Festzuschlag von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro erhoben werden.“

3. In § 3 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „bei der Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen durch die Apotheken an Ärzte sind abweichend ein Zuschlag von 1 Euro je Einzeldosis, höchstens jedoch 75 Euro je Verordnungszeile, sowie die Umsatzsteuer zu erheben“ eingefügt.

Artikel 12a

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 5 werden die Wörter „und genutzt“ gestrichen.
   b) Folgender Satz wird angefügt:

   „Abweichend von Satz 5 hat der Deutsche Apothekerverband e. V. dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung zum Zwecke der Entwicklung und Prüfung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken geeignete Auswertungen dieser ihm zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel übermittelten Daten in einer Form zur Verfügung zu stellen, die keine Rückschlüsse auf einzelne Apotheken zulässt.“

2. § 20a wird durch die folgenden §§ 20a und 20b ersetzt:

„§ 20a

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf Antrag oder mit Zustimmung des Beliehenen die Beleihung des Deutschen Apothekerverbandes e. V. um weitere Aufgaben, die über den nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds abzuwickeln sind, zu erweitern. Diese Aufgaben müssen sich aus gesetzlichen Vorschriften oder aus vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Kostenträger auf Bundesebene ergeben und die Honorierung und die Erstattung von Kosten der Apotheken betreffen. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben durch den Beliehenen umfasst den Erlass und die Vollstreckung der hierzu notwendigen Verwaltungsakte, deren Rücknahme und Widerruf. Der Beliehene hat die notwendige Gewähr für die ordnungsgemäße Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben zu bieten.

(2) Der Beleihungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 regelt das Nähere zu den Aufgaben und ihrer Wahrnehmung. Er kann insbesondere Abläufe festlegen, Fristen bestimmen und den Beliehenen zur Sicherstellung der Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 ermächtigen und verpflichten. Die Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2 haben dem Beliehenen auf Anforderung die zur Begründung ihres Vergütungs- oder Erstattungsanspruchs oder die zur Abwicklung entsprechender Zahlungen notwendigen Nachweise vorzulegen, Angaben zu machen und Auskünfte zu erteilen, soweit dies für die ordnungsgemäße Wahrnehmung der dem Beliehenen nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben erforderlich ist. Solange notwendige Nachweise nicht vorliegen oder Auskünfte nicht erteilt werden, können vorgesehene Zahlungen aus dem Fonds ganz oder teilweise zurückbehalten werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

(3) Auf die Wahrnehmung der nach Absatz 1 übertragenen Aufgaben findet § 18 Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 und 3 Anwendung, § 18 Absatz 2 Satz 5 mit der Maßgabe, dass aufgenommene Darlehen bis spätestens sechs Monate nach Bestandskraft des Beleihungsbescheides nach Absatz 1 Satz 1 zurückzuzahlen sind. Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat eine getrennte Rechnungslegung des nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds und eine getrennte Zuordnung der Verwaltungskosten für die verschiedenen Aufgaben sicherzustellen. Widerspruch und Klage gegen die Festsetzungsbescheide des Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die bei dem nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen Daten zu den Inhabern einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2, zu den Apothekenbetriebsstätten, zur Anzahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel zur Anwendung bei Menschen und zur Abwicklung von Zahlungen dürfen durch den Deutschen Apothekerverband e. V. auch in Abweichung von § 19 Absatz 3 Satz 5 zur Erfüllung der ihm nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben verwendet werden, soweit dies für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich ist.

§ 20b

Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat den Schaden zu ersetzen, der der Bundesrepublik Deutschland durch eine rechtswidrige und vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung seiner Pflichten bei der Ausübung der Aufgaben und Befugnisse nach den §§ 18 bis 20a entsteht.“

Artikel 13

Änderung des Transfusionsgesetzes

Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 12a wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und zahnmedizinischen“ eingefügt.
   b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
      „(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend.“
2. § 18 wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und zahnmedizinischen“ eingefügt.
   b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Stand“ die Wörter „der Erkenntnisse“ eingefügt.
      bb) In Satz 2 wird das Wort „Anhörung“ durch das Wort „Erarbeitung“ ersetzt.
   c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
      „(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend.“
3. In § 28 werden die Wörter „von der Bundeszahnärztekammer festgestellten und in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichten Standes der medizinischen“ durch die Wörter „nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 und nach § 18 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der zahnmedizinischen“ ersetzt.
4. § 35 wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Bis zur Bekanntmachung des nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 von der Bundeszahnärztekammer festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde durch die zuständige Bundesoberbehörde, längstens aber bis zum 1. Juni

2022, ist § 28 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

Artikel 14

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
2. Absatz 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 werden die Wörter „nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes“ ersetzt.
   b) In Satz 5 werden die Wörter „den Präsidenten des Bundessozialgerichts“ durch die Wörter „das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.
   c) Satz 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Wird eine Vereinbarung nach Satz 8 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort.“

Artikel 14a

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 8a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „oder von Hebammen und Entbindungspflegern“ eingefügt.
2. § 21 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 werden die Wörter „den Absätzen 4 und 5“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
   b) Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 14b

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „nach Absatz 2“ gestrichen.
   b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

      „(2) Soweit die von der Maßnahme betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte, ist dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet.“
2. Dem § 20 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

   „Die zuständigen Behörden können mit den Maßnahmen nach Satz 1 Dritte beauftragen. Soweit die von der Maßnahme betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte, ist dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet. Wenn Dritte nach Satz 2 beauftragt wurden, ist der andere Kostenträger auch zur Tragung dieser Kosten verpflichtet, soweit diese angemessen sind.“
3. § 69 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) Das Wort „Dritte“ wird durch die Wörter „ein anderer Kostenträger“ ersetzt.
      bb) In Nummer 6 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ gestrichen.
      cc) Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

         „11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 Satz 1 und 3, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2.“
   b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

      „Soweit die betroffene Person oder ein anderer Kostenträger zur Kostentragung verpflichtet ist oder solange dies noch nicht feststeht, können die entsprechenden Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestritten werden. Die betroffene Person oder der andere Kostenträger ist zur Erstattung der Kosten verpflichtet.“

Artikel 15

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 18 Absatz 1 Satz 3 Buchstabe c werden nach dem Wort „Hälfte“ die Wörter „oder drei Viertel“ eingefügt.
2. § 19 Absatz 3 wird aufgehoben.
3. § 19a wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

      „Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung

zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31. August 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden."

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Hälfte" die Wörter „oder drei Viertel" eingefügt und wird nach der Angabe „Absatz 1" die Angabe „Satz 1" eingefügt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft nach Maßgabe des § 95 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Mindestsprechstunden. Stellt sie fest, dass der Vertragsarzt diese in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss gemäß Absatz 2 zu beschränken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt dabei auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung als Sanktionsmaßnahme und eines Zulassungsentzugs gemäß § 95 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Vergütung des Vertragsarztes zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kürzen, wenn der Vertragsarzt

1. keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten vortragen kann oder
2. der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 2 nicht innerhalb einer von der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzenden Frist nachkommt.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt über die Höhe der Kürzung zu unterrichten. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß eines Vertragsarztes gegen die in Absatz 1 Satz 2 oder Satz 4 genannte Pflicht hat der Zulassungsausschuss die Zulassung abhängig vom Umfang der Unterschreitung von Amts wegen zu einem Viertel, hälftig oder vollständig zu entziehen."

3a. § 24 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragsarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird."

b) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

c) In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 8" durch die Angabe „Satz 9" und die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

4. In § 26 Absatz 1 werden die Wörter „oder hälftige Ruhen" durch die Wörter „Ruhen der Zulassung oder das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels" ersetzt.

5. In § 27 Satz 1 werden die Wörter „oder hälftige Entziehung" durch die Wörter „Entziehung der Zulassung oder die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels" ersetzt.

Artikel 15a

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

§ 24 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragszahnarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird."

2. In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

3. In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 8" durch die Angabe „Satz 9" und die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

Artikel 15b

Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung

Nach § 10 Satz 2 der Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für die Stellvertreter der Vorsitzenden der Landesausschüsse."

Artikel 16

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477,

2557), das zuletzt durch Artikel 4c des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 4 werden die Wörter „§ 46 Satz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 46 Satz 1 bis 3“ ersetzt.
2. In § 45 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Versorgungseinrichtung“ ein Komma und werden die Wörter „Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
3. In § 50 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 2 bis 4“ durch die Wörter „Absatz 2 und 3“ ersetzt.

Artikel 17

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 5 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2018 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a und Nummer 43 Buchstabe c tritt mit Wirkung vom 13. Dezember 2018 in Kraft.

(3a) Artikel 1 Nummer 90 tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 15 tritt am 1. August 2019 in Kraft.

(4a) Artikel 1 Nummer 8a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

(4b) Artikel 1 Nummer 79 tritt am 26. Mai 2020 in Kraft.

(4c) Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Oktober 2020 in Kraft.

(5) Artikel 2 Nummer 1, 2a und 3 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

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

Berlin, den 6. Mai 2019

Der Bundespräsident
Steinmeier

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn

Verordnung über das Bewachungsgewerbe (Bewachungsverordnung – BewachV)

Vom 3. Mai 2019

Es verordnen auf Grund

- des § 11b Absatz 9 Nummer 3 der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), der durch Artikel 1 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2666) neu gefasst worden ist, das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz,
- des § 34a Absatz 2 in Verbindung mit § 32 der Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), von denen § 34a Absatz 2 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe d des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2666) geändert und § 32 durch Artikel 2 Nummer 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2354) eingefügt worden sind, das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Zuständigkeit, Unterrichtung in Strafsachen, Antragstellung

§ 1 Örtliche Zuständigkeit
§ 2 Unterrichtung in Strafsachen
§ 3 Angaben bei der Antragstellung

Abschnitt 2

Unterrichtungsverfahren

§ 4 Zweck
§ 5 Zuständige Stelle
§ 6 Verfahren
§ 7 Inhalt der Unterrichtung
§ 8 Anerkennung anderer Nachweise

Abschnitt 3

Sachkundeprüfung

§ 9 Zweck und Gegenstand der Sachkundeprüfung
§ 10 Zuständige Stelle und Prüfungsausschuss
§ 11 Prüfung, Verfahren
§ 12 Anerkennung anderer Nachweise

Abschnitt 4

Anerkennung von ausländischen Befähigungsnachweisen

§ 13 Gebrauch der Dienstleistungsfreiheit

Abschnitt 5

Anforderungen an die Haftpflichtversicherung

§ 14 Umfang der Versicherung
§ 15 Versicherungsbestätigung, Anzeigepflicht des Versicherungsunternehmens

Abschnitt 6

Verpflichtungen bei der Ausübung des Gewerbes

§ 16 Beschäftigte, An- und Abmeldung von Wach- und Leitungspersonal
§ 17 Dienstanweisung
§ 18 Ausweis, Kennzeichnung der Wachperson
§ 19 Dienstkleidung
§ 20 Behandlung der Waffen und Anzeigepflicht nach Waffengebrauch
§ 21 Buchführung und Aufbewahrung

Abschnitt 7

Ordnungswidrigkeiten

§ 22 Ordnungswidrigkeiten

Abschnitt 8

Schlussvorschriften

§ 23 Übergangsvorschriften
§ 24 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1
Zuständigkeit, Unterrichtung in Strafsachen, Antragstellung

§ 1
Örtliche Zuständigkeit

(1) § 34a der Gewerbeordnung wird für Gewerbetreibende sowie mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragte Personen im Sinne des § 34a Absatz 1a Satz 3 der Gewerbeordnung durch die zuständige Behörde vollzogen, in deren Bezirk das Unternehmen oder im Falle von Niederlassungen die Hauptniederlassung betrieben wird oder werden soll.

(2) § 34a der Gewerbeordnung wird für Wachpersonen durch diejenige Behörde vollzogen, die am Hauptwohnsitz der natürlichen Person zuständig ist. Ist die Wachperson nach Satz 1 zugleich Gewerbetreibender oder eine mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragte Person im Sinne des § 34a Absatz 1a Satz 3 der Gewerbeordnung, richtet sich die Zuständigkeit nach Absatz 1. Hat die Person nach Satz 1 keinen Hauptwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, ist die Behörde am Betriebssitz desjenigen Gewerbetreibenden zuständig, welcher die natürliche Person als erster anmeldet.

(3) Die örtliche Zuständigkeit für die Untersagung der Beschäftigung einer Person nach § 34a Absatz 4 der Gewerbeordnung richtet sich nach Absatz 1.

§ 2
Unterrichtung in Strafsachen

In Strafsachen gegen Gewerbetreibende im Sinne des § 34a Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung, gegen mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweignieder-

lassung beauftragte Personen im Sinne des § 34a Absatz 1a Satz 3 der Gewerbeordnung und gegen Wachpersonen im Sinne des § 34a Absatz 1a Satz 1 der Gewerbeordnung übermitteln Staatsanwaltschaften und Gerichte folgende Informationen an die für den Vollzug des § 34a Gewerbeordnung zuständige Behörde, wenn der Tatvorwurf geeignet ist, Zweifel an der Zuverlässigkeit hervorzurufen:

1. Erlass und Vollzug eines Haft- oder Unterbringungsbefehls,
2. Anklageschrift oder an ihre Stelle tretende Antragsschrift,
3. der Antrag auf Erlass eines Strafbefehls,
4. die das Verfahren abschließende Entscheidung mit Begründung.

Die Übermittlung von Informationen nach Satz 1 soll in einem elektronischen Verfahren erfolgen.

§ 3

Angaben bei der Antragstellung

(1) Mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 34a Absatz 1 der Gewerbeordnung hat die den Antrag stellende Person der zuständigen Behörde folgende Angaben zu übermitteln:

1. Angaben zu natürlichen Personen; auch zu den mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung zu beauftragenden Personen; bei Antragstellung für eine juristische Person Angaben zur Person jedes gesetzlichen Vertreters, bei Personengesellschaften Angaben zu jedem zur Geschäftsführung berufenen Gesellschafter:
   a) persönliche Daten:
      aa) Familienname, Geburtsname, frühere Namen, Vornamen,
      bb) Geschlecht,
      cc) Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland, Staat,
      dd) Staatsangehörigkeiten,
      ee) Meldeanschrift bestehend aus Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
      ff) Telefonnummer, E-Mail-Adresse,
   b) wenn vorhanden, Identifikationsnummer, die für die antragsstellende Person im Bewacherregister eingetragen ist (Bewacherregisteridentifikationsnummer),
   c) Art des Ausweisdokuments mit ausstellender Behörde, ausstellendem Staat, Datum der Ausstellung, Ausweisnummer, Ablaufdatum, maschinenlesbarem Namen sowie Inhalt der maschinenlesbaren Zone,
   d) Wohnorte in den letzten fünf Jahren unter Angabe des Zeitraums sowie Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
   e) Betriebsanschrift bestehend aus Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat, sowie Anschriften von Zweigniederlassungen und unselbstständigen Zweigstellen bestehend aus Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
2. Angaben zu juristischen Personen:
   a) Name des Unternehmens,
   b) nach Maßgabe der Nummer 1 die persönlichen Daten der zur Vertretung berufenen Person oder Personen,
   c) Rechtsform,
   d) Eintrag im Handels-, Genossenschafts- oder Vereinsregister, Registergericht sowie Nummer der Eintragung,
   e) Anschrift der Hauptniederlassung und sonstiger Betriebsstätten unter Angabe der Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
   f) Telefonnummer, E-Mail-Adresse.

(2) Mit dem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis hat die den Antrag stellende Person zudem folgende Unterlagen beizubringen:

1. Bei Antragstellung für eine juristische Person den aktuellen Auszug aus dem Handels-, Genossenschafts- oder Vereinsregister,
2. Bescheinigungen in Steuersachen des Finanzamtes und des Gemeindesteueramtes, bei juristischen Personen aller gesetzlicher Vertreter,
3. Kopie des Personalausweises, des Reisepasses mit Meldebescheinigung, des Pass- oder Ausweisersatzes oder eines sonstigen amtlichen Ausweis- oder Identifizierungsdokuments, bei juristischen Personen aller gesetzlichen Vertreter,
4. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Sachkundeprüfung nach § 34a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 der Gewerbeordnung oder anerkennungsfähige andere Nachweise für die den Antrag stellende Person sowie die mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung zu beauftragenden Personen; bei juristischen Personen für die gesetzlichen Vertreter, soweit sie selbst mit der Durchführung von Bewachungsaufgaben direkt befasst sind oder keine Person mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragt haben, die einen Sachkundenachweis oder entsprechenden anderen Nachweis besitzt; auf Anforderung durch die zuständige Behörde sind die Nachweise im Original oder als beglaubigte Kopie beizubringen,
5. Nachweis der Haftpflichtversicherung nach § 15,
6. Auskunft aus dem Schuldnerverzeichnis.

(3) Änderungen der Angaben nach Absatz 1, die nach Antragstellung eintreten, hat die den Antrag stellende Person der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen.

Abschnitt 2

Unterrichtungsverfahren

§ 4

Zweck

Zweck der Unterrichtung nach § 34a Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 der Gewerbeordnung ist es, Wachpersonen so zu befähigen, dass sie mit den für eine eigenverantwortliche Wahrnehmung von Bewachungsaufgaben erforderlichen Rechten und Pflichten sowie den damit verbundenen Befugnissen und deren praktischer Anwendung vertraut sind.

§ 5

Zuständige Stelle

Die Unterrichtung kann bei jeder Industrie- und Handelskammer erfolgen, die diese anbietet.

§ 6

Verfahren

(1) Die Unterrichtung erfolgt mündlich. Die zu unterrichtende Person muss über die zur Ausübung der Tätigkeit und zum Verständnis des Unterrichtungsverfahrens unverzichtbaren deutschen Sprachkenntnisse, mindestens auf dem Kompetenzniveau B1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens verfügen. Die Unterrichtung hat mindestens 40 Unterrichtsstunden zu dauern. Eine Unterrichtsstunde beträgt 45 Minuten. Mehrere Personen können gleichzeitig unterrichtet werden, wobei die Zahl der Unterrichtsteilnehmer 20 nicht übersteigen soll.

(2) Die Industrie- und Handelskammer stellt eine Bescheinigung nach Anlage 1 aus, wenn die unterrichtete Person am Unterricht ohne Fehlzeiten teilgenommen hat und sich die Industrie- und Handelskammer durch geeignete Maßnahmen, insbesondere durch einen aktiven Dialog der unterrichtenden Person mit den Unterrichtsteilnehmern sowie durch mündliche und schriftliche Verständnisfragen nach jedem Sachgebiet, davon überzeugt hat, dass die Person mit den für eine eigenverantwortliche Wahrnehmung von Bewachungsaufgaben erforderlichen Rechten und Pflichten sowie den damit verbundenen Befugnissen und deren praktischer Anwendung nach Maßgabe des § 7 vertraut ist.

§ 7

Inhalt der Unterrichtung

Die Unterrichtung umfasst nach näherer Bestimmung der Anlage 2 für alle Arten des Bewachungsgewerbes die fachspezifischen Rechte, Pflichten und Befugnisse folgender Sachgebiete:

1. Recht der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich Gewerberecht,
2. Datenschutzrecht,
3. Bürgerliches Gesetzbuch,
4. Straf- und Strafverfahrensrecht, Umgang mit Waffen,
5. Unfallverhütungsvorschrift Wach- und Sicherungsdienste,
6. Umgang mit Menschen, insbesondere Verhalten in Gefahrensituationen, Deeskalationstechniken in Konfliktsituationen sowie interkulturelle Kompetenz unter besonderer Beachtung von Diversität und gesellschaftlicher Vielfalt und
7. Grundzüge der Sicherheitstechnik.

§ 8

Anerkennung anderer Nachweise

Bei Vorliegen folgender Nachweise ist der Nachweis einer Unterrichtung nicht erforderlich:

1. Nachweis einer mit Erfolg abgelegten Abschlussprüfung
   a) als geprüfte Werkschutzfachkraft,
   b) als geprüfte Schutz- und Sicherheitskraft,
   c) als Servicekraft für Schutz und Sicherheit,
   d) als Fachkraft für Schutz und Sicherheit,
   e) als geprüfter Meister für Schutz und Sicherheit oder als geprüfte Meisterin für Schutz und Sicherheit,
   f) als geprüfter Werkschutzmeister oder als geprüfte Werkschutzmeisterin,
2. Prüfungszeugnis über den erfolgreichen Abschluss im Rahmen einer Laufbahnprüfung mindestens für den mittleren Dienst im Bereich der Ausbildung für den Polizeivollzugsdienst eines Landes oder des Bundes, für den Justizvollzugsdienst, für den waffentragenden Bereich des Zolldienstes und für den Feldjägerdienst der Bundeswehr,
3. Prüfungszeugnis über einen erfolgreichen Abschluss eines rechtswissenschaftlichen Studiums an einer Hochschule oder Akademie, die einen Abschluss verleiht, der einem Hochschulabschluss gleichgestellt ist, wenn zusätzlich ein Nachweis über eine Unterrichtung durch eine Industrie- und Handelskammer über die Sachgebiete nach § 7 Nummer 4 bis 6 vorliegt,
4. Bescheinigung über eine erfolgreich abgelegte Sachkundeprüfung nach § 11 Absatz 7.

Abschnitt 3

Sachkundeprüfung

§ 9

Zweck und Gegenstand der Sachkundeprüfung

(1) Zweck der Sachkundeprüfung nach § 34a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 1a Satz 2 der Gewerbeordnung ist es, den Nachweis zu erbringen, dass die dort genannten Personen die für die eigenverantwortliche Wahrnehmung der Bewachungsaufgaben erforderlichen Kenntnisse über die dafür notwendigen rechtlichen Vorschriften und fachbezogenen Pflichten und Befugnisse sowie deren praktische Anwendung erworben haben.

(2) Gegenstand der Sachkundeprüfung sind die in § 7 in Verbindung mit Anlage 2 aufgeführten Sachgebiete; die Prüfung soll sich auf jedes der dort aufgeführten Gebiete erstrecken.

§ 10

Zuständige Stelle und Prüfungsausschuss

(1) Die Sachkundeprüfung kann bei jeder Industrie- und Handelskammer abgelegt werden, die diese anbietet.

(2) Für die Abnahme der Prüfung errichtet die Industrie- und Handelskammer mindestens einen Prüfungsausschuss. Sie beruft die Mitglieder des Ausschusses sowie den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein.

§ 11

Prüfung, Verfahren

(1) Die Sachkundeprüfung ist in einen mündlichen und einen schriftlichen Teil zu gliedern.

(2) Im mündlichen Prüfungsteil können gleichzeitig bis zu fünf Prüflinge geprüft werden; er soll für jeden Prüfling etwa 15 Minuten dauern. Im mündlichen Prüfungsteil ist ein Schwerpunkt auf die in § 7 Nummer 1 und 6 genannten Gebiete zu legen.

(3) Der schriftliche Teil der Prüfung kann mit Hilfe unterschiedlicher Medien durchgeführt werden.

(4) Die Leistung des Prüflings ist von dem Prüfungsausschuss mit bestanden oder nicht bestanden zu bewerten. Die Prüfung ist bestanden, wenn die Leistungen des Prüflings im schriftlichen Teil und im mündlichen Teil der Prüfung jeweils mindestens mit ausreichend bewertet wurden.

(5) Die Prüfung ist nicht öffentlich. Es können jedoch außer den Mitgliedern des Prüfungsausschusses und den zu prüfenden Personen folgende Personen anwesend sein:

1. beauftragte Vertreter der Aufsichtsbehörden,
2. Mitglieder eines anderen Prüfungsausschusses,
3. Vertreter der Industrie- und Handelskammern,
4. Personen, die beauftragt sind, die Qualität der Prüfungen zu kontrollieren, oder
5. Personen, die dafür vorgesehen sind, in einen Prüfungsausschuss berufen zu werden.

Diese Personen dürfen nicht in die laufende Prüfung eingreifen oder in die Beratung über das Prüfungsergebnis einbezogen werden.

(6) Die Prüfung darf wiederholt werden.

(7) Die Industrie- und Handelskammer stellt eine Bescheinigung nach Anlage 3 aus, wenn die geprüfte Person die Prüfung erfolgreich abgelegt hat.

(8) Die Einzelheiten des Prüfungsverfahrens regeln die Industrie- und Handelskammern nach Maßgabe des § 32 der Gewerbeordnung durch Satzung.

§ 12

Anerkennung anderer Nachweise

Inhaber der in § 8 Nummer 1 bis 3 genannten Nachweise bedürfen nicht der Prüfung nach § 9.

Abschnitt 4

Anerkennung von ausländischen Befähigungsnachweisen

§ 13

Gebrauch der Dienstleistungsfreiheit

(1) Wenn unter Berücksichtigung der konkret beabsichtigten Tätigkeit bei unzureichender Qualifikation eine schwere Gefahr für die Gesundheit oder Sicherheit der Dienstleistungsempfänger bestünde, hat die für den Vollzug des § 34a der Gewerbeordnung zuständige Behörde vor dem erstmaligen Erbringen einer nur vorübergehenden und gelegentlichen Bewachungsdienstleistung im Inland zu überprüfen, ob ein wesentlicher Unterschied zwischen der Qualifikation der nach § 13a der Gewerbeordnung Anzeige erstattenden Person und den geforderten Kenntnissen besteht.

(2) Im Fall des § 13a Absatz 3 der Gewerbeordnung unterrichtet die für den Vollzug des § 34a der Gewerbeordnung zuständige Behörde die Anzeige erstattende Person über ihr Wahlrecht nach § 13c Absatz 3 der Gewerbeordnung.

Abschnitt 5

Anforderungen an die Haftpflichtversicherung

§ 14

Umfang der Versicherung

(1) Die Versicherung nach § 34a Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 der Gewerbeordnung muss bei einem im Inland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden.

(2) Die Mindestversicherungssumme beträgt je Schadensereignis

1. für Personenschäden 1 000 000 Euro,
2. für Sachschäden 250 000 Euro,
3. für das Abhandenkommen bewachter Sachen 15 000 Euro,
4. für reine Vermögensschäden 12 500 Euro.

Die Leistungen des Versicherungsunternehmens für alle innerhalb eines Versicherungsjahres verursachten Schäden können auf den doppelten Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Die in Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Risiken sind von der Versicherungspflicht ausgenommen, soweit der Gewerbetreibende nur für Auftraggeber tätig wird, die sich mit dieser Einschränkung der Versicherungspflicht nachweislich einverstanden erklärt haben.

(3) Der Versicherungsvertrag muss Deckung für die sich aus der gewerblichen Tätigkeit nach § 34a Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung ergebenden Haftpflichtgefahren für Personen-, Sach- und Vermögensschäden gewähren. Der Versicherungsvertrag muss sich auch auf solche Schäden erstrecken, für die der Versicherungspflichtige nach § 278 oder § 831 des Bürgerlichen Gesetzbuchs einzustehen hat, soweit Erfüllungsgehilfen oder Verrichtungsgehilfen nicht selbst zum Abschluss einer solchen Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet sind. Ist der Gewerbetreibende in einer oder mehreren Personenhandelsgesellschaften als geschäftsführender Gesellschafter tätig, so muss für die jeweilige Personenhandelsgesellschaft jeweils ein Versicherungsvertrag abgeschlossen werden; der Versicherungsvertrag kann auch die Tätigkeit des Gewerbetreibenden nach Satz 1 abdecken.

§ 15

Versicherungsbestätigung, Anzeigepflicht des Versicherungsunternehmens

(1) Die vom Versicherungsunternehmen erteilte Versicherungsbestätigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes darf zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der für die Erlaubniserteilung nach § 34a der Gewerbeordnung zuständigen Behörde nicht älter als drei Monate sein.

(2) Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der für die Erlaubniserteilung zuständigen Behörde unverzüglich Folgendes anzuzeigen:

1. die Beendigung des Versicherungsvertrags, insbesondere infolge einer wirksamen Kündigung,
2. das Ausscheiden eines Versicherungsnehmers aus einem Gruppenversicherungsvertrag sowie
3. jede Änderung des Versicherungsvertrags, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen kann.

(3) Zuständige Stelle im Sinne des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist die für die Erlaubniserteilung nach § 34a der Gewerbeordnung zuständige Behörde.

Abschnitt 6

Verpflichtungen bei der Ausübung des Gewerbes

§ 16

Beschäftigte, An- und Abmeldung von Wach- und Leitungspersonal

(1) Der Gewerbetreibende darf mit Bewachungsaufgaben sowie mit der Leitung eines Betriebs oder einer Zweigniederlassung nur eine Person beschäftigen, wenn er das Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 eingehalten hat, die Mitteilung nach Absatz 2 Satz 3 oder die Bestätigung nach Absatz 3 Satz 2 erhalten hat und die zu beschäftigende Person

1. zuverlässig ist,
2. das 18. Lebensjahr vollendet hat oder einen in § 8 bezeichneten Abschluss besitzt und
3. die für ihre Tätigkeit notwendige Befähigung besitzt.

(2) Der Gewerbetreibende hat eine Person,

1. die er als Wachperson beschäftigen will, vor der Beschäftigung mit Bewachungsaufgaben oder
2. die er mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragen will, vor der Beauftragung mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung

über das Bewacherregister anzumelden. Der Gewerbetreibende hat mit der Anmeldung neben den durch das Hochladen der Ausweiskopie nach § 11b Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe h und Nummer 3 Buchstabe g in Verbindung mit Absatz 5 der Gewerbeordnung gemeldeten Angaben folgende Angaben zur zu meldenden Person zu übermitteln:

1. Familienname, Geburtsname, frühere Namen, Vornamen,
2. Geschlecht,
3. Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland, Staat,
4. Staatsangehörigkeiten,
5. Meldeanschrift bestehend aus Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
6. Wohnorte in den letzten fünf Jahren unter Angabe des Zeitraums sowie Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
7. bei einer Wachperson die Angabe der beabsichtigten Tätigkeit der Wachperson nach § 34a Absatz 1a Satz 2 und Satz 5 der Gewerbeordnung,
8. Daten zu Sachkunde- und Unterrichtungsnachweisen oder anderen anerkennungsfähigen Nachweisen bestehend aus Art der Qualifikation, Unterrichtungszeitraum oder Datum der Sachkundeprüfung, Ausstellungsdatum des Qualifikationsnachweises, wenn vorhanden Identifikationsnummer der Industrie- und Handelskammer, sowie eine Kopie des Nachweisdokuments oder Bescheinigungen des Gewerbetreibenden nach § 23.

Die nach § 1 zuständige Behörde teilt dem Gewerbetreibenden das Ergebnis der Überprüfung der Qualifikation und der Zuverlässigkeit unter Angabe des Datums der letzten Zuverlässigkeitsüberprüfung und der Registeridentifikationsnummer der gemeldeten Person aus dem Bewacherregister sowie die zulässigen Einsatzmöglichkeiten mit. Der Gewerbetreibende hat die gemeldete Person über die Mitteilung nach Satz 3 zu unterrichten.

(3) Hat die anzumeldende Wachperson oder mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragte Person eine gültige Bewacherregisteridentifikationsnummer, sind bei der Anmeldung durch den Gewerbetreibenden folgende Angaben über das Register zu übermitteln:

1. Bewacherregisteridentifikationsnummer der anzumeldenden Person,
2. Familienname, Vornamen,
3. Geburtsdatum, Geburtsort, Staat,
4. Meldeanschrift bestehend aus Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, wenn vorhanden Zusatz, Land, Staat,
5. Nummer des Ausweisdokuments, bei Abweichungen gegenüber dem bisherigen Ausweisdokument ist eine Ausweiskopie gemäß § 11b Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe h und Nummer 3 Buchstabe g in Verbindung mit Absatz 5 der Gewerbeordnung über das Bewacherregister hochzuladen,
6. bei einer Wachperson die Angabe der beabsichtigten Tätigkeit der Wachperson gemäß § 34a Absatz 1a Satz 2 und Satz 5 der Gewerbeordnung,
7. bei Vorliegen einer neuen Qualifikation oder, wenn die beabsichtigte Tätigkeit der Wachperson eine höhere Qualifikation erforderlich macht, Daten zu Sachkunde- und Unterrichtungsnachweisen oder anderen anerkennungsfähigen Nachweisen bestehend aus Art der Qualifikation, Unterrichtungszeitraum oder Datum der Sachkundeprüfung, Ausstellungsdatum des Qualifikationsnachweises, wenn vorhanden Identifikationsnummer der Industrie- und Handelskammer, sowie eine Kopie des Nachweisdokuments oder Bescheinigungen des Gewerbetreibenden nach § 23.

Der Gewerbetreibende erhält vom Bewacherregister eine elektronische Bestätigung der Anmeldung sowie der zulässigen Einsatzmöglichkeiten, wenn die Angaben den im Bewacherregister hinterlegten Angaben entsprechen.

(4) Absatz 2 gilt entsprechend für die Regelüberprüfung der Zuverlässigkeit nach § 34a Absatz 1 Satz 10,

auch in Verbindung mit Absatz 1a Satz 7 der Gewerbeordnung.

(5) Die Absätze 1 und 3 gelten entsprechend für Gewerbetreibende, die Wachpersonen oder mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragte Personen entleihen und mit der Durchführung von Bewachungsaufgaben oder mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung nach § 34a der Gewerbeordnung im Wege der Arbeitnehmerüberlassung beauftragen.

(6) Die Abmeldung von Wachpersonen und mit der Leitung des Betriebs oder einer Zweigniederlassung beauftragte Personen richtet sich nach § 11b Absatz 6 Satz 5 der Gewerbeordnung.

§ 17

Dienstanweisung

(1) Der Gewerbetreibende hat den Wachdienst durch eine Dienstanweisung nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 zu regeln. Die Dienstanweisung muss den Hinweis enthalten, dass die Wachperson nicht die Eigenschaft und die Befugnisse eines Polizeivollzugsbeamten, oder eines sonstigen Bediensteten einer Behörde besitzt. Die Dienstanweisung muss ferner bestimmen, dass die Wachperson während des Dienstes nur mit Zustimmung des Gewerbetreibenden eine Schusswaffe, Hieb- und Stoßwaffen sowie Reizstoffsprühgeräte führen darf und jeden Gebrauch dieser Waffen unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle und dem Gewerbetreibenden anzuzeigen hat.

(2) Der Gewerbetreibende hat der Wachperson vor der ersten Aufnahme der Bewachungstätigkeit einen Abdruck der Dienstanweisung gegen Empfangsbescheinigung auszuhändigen.

(3) Der Gewerbetreibende hat die in seinem Gewerbebetrieb beschäftigten Personen vor der ersten Aufnahme der Bewachungstätigkeit schriftlich zu verpflichten, auch nach ihrem Ausscheiden Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse Dritter, die ihnen in Ausübung des Dienstes bekannt geworden sind, nicht unbefugt zu offenbaren.

§ 18

**Ausweis,
Kennzeichnung der Wachperson**

(1) Der Gewerbetreibende hat der Wachperson spätestens vor der ersten Aufnahme der Bewachungstätigkeit einen Ausweis nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 auszustellen. Der Ausweis muss enthalten:

1. Familienname und Vornamen der Wachperson,
2. Namen und Anschrift des Gewerbetreibenden,
3. Bezeichnung und Anschrift des Gewerbebetriebs, sofern diese abweichen von Namen oder Anschrift des Gewerbetreibenden nach Nummer 2,
4. Unterschriften der Wachperson sowie des Gewerbetreibenden, seines Vertreters oder seines Bevollmächtigten,
5. Bewacherregisteridentifikationsnummern der Wachperson und des Bewachungsunternehmens.

Der Ausweis muss so beschaffen sein, dass er sich von amtlichen Ausweisen deutlich unterscheidet.

(2) Jede Wachperson ist verpflichtet, den Ausweis in Verbindung mit dem im Bewacherregister angegebenen Ausweis- oder Identifizierungsdokument während des Wachdienstes mitzuführen und auf Verlangen den Beauftragten der Vollzugsbehörden, insbesondere Ordnungsämter, Polizei- oder Zollbehörden, vorzuzeigen.

(3) Jede Wachperson, die Tätigkeiten nach § 34a Absatz 1a Satz 2 Nummer 1 und 3 bis 5 der Gewerbeordnung ausübt, hat während dieser Tätigkeiten sichtbar ein Schild mit ihrem Namen oder einer Kennnummer sowie der Bezeichnung des Gewerbebetriebs zu tragen. In den Fällen des § 34a Absatz 1a Satz 2 Nummer 4 und 5 der Gewerbeordnung gilt das auch für jede Wachperson in nicht leitender Funktion. Der Gewerbetreibende hat der Wachperson zu diesem Zweck spätestens vor der ersten Aufnahme der Bewachungstätigkeit ein entsprechendes Schild auszustellen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Gewerbetreibende, die selbst als Wachperson tätig werden.

§ 19

Dienstkleidung

(1) Bestimmt der Gewerbetreibende für seine Wachpersonen eine Dienstkleidung, so hat er dafür zu sorgen, dass sie sich von Uniformen der Angehörigen von Streitkräften oder behördlichen Vollzugsorganen deutlich unterscheiden und dass keine Abzeichen verwendet werden, die Amtsabzeichen zum Verwechseln ähnlich sind.

(2) Jede Wachperson, die befriedetes Besitztum in Ausübung ihres Dienstes betreten soll, muss eine Dienstkleidung tragen. Satz 1 gilt entsprechend für Gewerbetreibende, die selbst als Wachperson tätig werden.

§ 20

**Behandlung der Waffen
und Anzeigepflicht nach Waffengebrauch**

(1) Der Gewerbetreibende ist für die sichere Aufbewahrung der Waffen und der Munition verantwortlich. Er hat die ordnungsgemäße Rückgabe der Waffen und der Munition nach Beendigung des Wachdienstes sicherzustellen.

(2) Hat der Gewerbetreibende oder eine Wachperson im Wachdienst von Waffen Gebrauch gemacht, so hat der Gewerbetreibende dies unverzüglich der für den Vollzug des § 34a der Gewerbeordnung zuständigen Behörde und, soweit noch keine Anzeige nach § 17 Absatz 1 Satz 3 erfolgt ist, der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen.

§ 21

Buchführung und Aufbewahrung

(1) Der Gewerbetreibende hat nach Maßgabe des Satzes 2 und der Absätze 2 bis 4 die Pflicht, Aufzeichnungen zu machen sowie die dort genannten Belege an der Hauptniederlassung seines Gewerbebetriebs übersichtlich zu sammeln. Die Aufzeichnungen sind unverzüglich und in deutscher Sprache anzufertigen.

(2) Der Gewerbetreibende hat für jeden Bewachungsvertrag Namen und Anschrift des Auftraggebers, Inhalt und Art des Auftrages sowie Tag des

Vertragsabschlusses aufzuzeichnen. Darüber hinaus hat er Aufzeichnungen anzufertigen über:

1. die in § 16 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 genannten Angaben über die Wachpersonen sowie den Tag der Einstellung und den Tag der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses von Wachpersonen,
2. die Belehrung der Wachpersonen über die Pflicht zur Mitführung und zum Vorzeigen des Ausweises gemäß § 18 Absatz 2,
3. die Belehrung der Wachpersonen über die Pflicht, ein Namensschild oder eine Kennnummer zu tragen gemäß § 18 Absatz 3,
4. die Überlassung von Schusswaffen und Munition nach § 28 Absatz 3 Satz 2 des Waffengesetzes und über die Rückgabe nach § 20 Absatz 1 Satz 2.

(3) Der Gewerbetreibende hat folgende Belege zu sammeln:

1. den Versicherungsvertrag nach § 14 Absatz 1,
2. Nachweise über die Zuverlässigkeit und Befähigung von Personen nach § 16 Absatz 1 Satz 1,
3. die Dienstanweisung nach § 17 Absatz 1 Satz 1 und die Empfangsbescheinigung nach § 17 Absatz 2,
4. die Verpflichtungserklärung nach § 17 Absatz 3,
5. den Vordruck eines Ausweises nach § 18 Absatz 1 Satz 1 und 2,
6. die Benennung nach § 28 Absatz 3 Satz 1 des Waffengesetzes und die behördliche Zustimmung nach § 28 Absatz 3 Satz 2 des Waffengesetzes,
7. eine Anzeige über einen Waffengebrauch nach § 20 Absatz 2.

(4) Die Aufzeichnungen und Belege sind bis zum Schluss des dritten auf den Zeitpunkt ihrer Entstehung folgenden Kalenderjahres in den Geschäftsräumen aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist endet hiervon abweichend

1. in den Fällen des Absatzes 2 Satz 1 und des Absatzes 3 Nummer 1 und aller sich hierauf beziehenden Schriftstücke drei Jahre nach dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Verträge endeten,
2. in den Fällen des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 1 und des Absatzes 3 Nummer 2 bis 5 drei Jahre nach dem Schluss des Kalenderjahres, in dem das Beschäftigungsverhältnis endete.

(5) Die Verpflichtung, Aufzeichnungen über Bewachungsverträge zu machen, besteht nicht, soweit Landfahrzeuge bewacht werden.

(6) Eine nach anderen Vorschriften bestehende Pflicht zur Buchführung und zur Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen, Unterlagen und Belegen bleibt unberührt.

Abschnitt 7
Ordnungswidrigkeiten

§ 22
Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 144 Absatz 2 Nummer 1b der Gewerbeordnung handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 16 Absatz 1, auch in Verbindung mit Absatz 5, eine Person beschäftigt,
2. entgegen § 17 Absatz 1 Satz 1 den Wachdienst nicht, nicht richtig oder nicht vollständig regelt,
3. entgegen § 17 Absatz 3 eine dort genannte Person nicht, nicht richtig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig verpflichtet,
4. entgegen § 18 Absatz 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Absatz 4, einen Ausweis nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig ausstellt,
5. entgegen § 18 Absatz 2, auch in Verbindung mit Absatz 4, einen Ausweis nicht mitführt oder nicht oder nicht rechtzeitig vorzeigt,
6. entgegen § 18 Absatz 3 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2 und Absatz 4, ein Schild nicht oder nicht in der vorgeschriebenen Weise trägt,
7. entgegen § 18 Absatz 3 Satz 3 ein Schild nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig ausstellt,
8. entgegen § 20 Absatz 1 Satz 2 die Rückgabe der Waffen oder der Munition nicht sicherstellt,
9. entgegen § 20 Absatz 2 eine Anzeige nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
10. entgegen § 21 Absatz 1 eine Aufzeichnung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig macht oder
11. entgegen § 21 Absatz 4 eine Aufzeichnung oder einen Beleg nicht oder nicht für die vorgeschriebene Dauer aufbewahrt.

(2) Ordnungswidrig im Sinne des § 145 Absatz 2 Nummer 8 der Gewerbeordnung handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig eine in Absatz 1 bezeichnete Handlung in Ausübung eines Reisegewerbes begeht.

(3) Ordnungswidrig im Sinne des § 146 Absatz 2 Nummer 11 der Gewerbeordnung handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig eine in Absatz 1 bezeichnete Handlung in Ausübung eines Messe-, Ausstellungs- oder Marktgewerbes begeht.

Abschnitt 8
Schlussvorschriften

§ 23
Übergangsvorschriften

(1) Personen im Sinne des § 34a Absatz 1a Satz 1 der Gewerbeordnung, die am 31. März 1996 in einem Bewachungsunternehmen beschäftigt waren, sind von der Pflicht zur Unterrichtung nach § 4 befreit. Der Gewerbetreibende bescheinigt diesen Personen, dass sie die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen.

(2) Personen im Sinne des § 34a Absatz 1a Satz 2 der Gewerbeordnung, die am 1. Januar 2003 seit mindestens drei Jahren befugt und ohne Unterbrechung im Bewachungsgewerbe Tätigkeiten nach § 34a Absatz 1a der Gewerbeordnung durchgeführt haben, bedürfen nicht der Sachkundeprüfung nach § 9. Der Gewerbetreibende bescheinigt diesen Personen, dass sie die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen.

(3) Gewerbetreibende, die eine Erlaubnis nach § 34a Absatz 1 Satz 1 der Gewerbeordnung besitzen, die vor

dem 1. Dezember 2016 erteilt wurde, sind verpflichtet, die Haftpflichtversicherung nach § 6 Absatz 1 der Bewachungsverordnung in der bis zum 31. Mai 2019 geltenden Fassung während der Wirksamkeit der Erlaubnis aufrechtzuerhalten.

(4) Ordnungswidrig im Sinne des § 144 Absatz 2 Nummer 1b der Gewerbeordnung handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen Absatz 3 eine Haftpflichtversicherung nicht aufrechterhält.

(5) Der Zeitpunkt, bis zu dem die Regelüberprüfung der Zuverlässigkeit nach § 34a Absatz 1 Satz 10, auch in Verbindung mit § 34a Absatz 1a Satz 7, der Gewerbeordnung durchgeführt werden muss, ist anhand des Datums der letzten Zuverlässigkeitsüberprüfung zu berechnen. Liegt dieses Datum am 1. Juni 2019 mehr als fünf Jahre zurück, muss die nächste Überprüfung der Zuverlässigkeit bis nach der Vollendung des Vielfachen von fünf Jahren durchgeführt werden.

§ 24

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Juni 2019 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Bewachungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juli 2003 (BGBl. I S. 1378), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 1. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2692) geändert worden ist, außer Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Berlin, den 3. Mai 2019

Der Bundesminister
für Wirtschaft und Energie
Peter Altmaier

Anlage 1
(zu § 6 Absatz 2)

Bescheinigung
über die Unterrichtung nach § 34a Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 der Gewerbeordnung

.....
(Familienname und Vorname)

geboren am ..... in .....

wohnhaft in .....

ist in der Zeit vom ..... bis .....

von der Industrie- und Handelskammer .....

über die für die Ausübung des Gewerbes notwendigen rechtlichen Vorschriften unterrichtet worden und ist mit ihnen vertraut.

Die Unterrichtung umfasste insbesondere die fachspezifischen Pflichten und Befugnisse folgender Sachgebiete:

1. Recht der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich Gewerberecht,
2. Datenschutzrecht,
3. Bürgerliches Gesetzbuch,
4. Straf- und Strafverfahrensrecht, Umgang mit Waffen,
5. Unfallverhütungsvorschrift Wach- und Sicherungsdienste,
6. Umgang mit Menschen, insbesondere Verhalten in Gefahrensituationen und Deeskalationstechniken in Konfliktsituationen sowie interkulturelle Kompetenz unter besonderer Beachtung von Diversität und gesellschaftlicher Vielfalt,
7. Grundzüge der Sicherheitstechnik.

(Stempel/Siegel)

....
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Fußzeile: Identifikationsnummer und Validierungscode der Industrie- und Handelskammer

Anlage 2
(zu § 7)

Sachgebiete
für das Unterrichtungsverfahren im Bewachungsgewerbe
Bewachungspersonal (40 Unterrichtsstunden)

1. Recht der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich Gewerberecht
   - Aufgaben sowie Abgrenzung der Tätigkeit von Bewachungsunternehmen zu den Aufgaben der Polizei- und Ordnungsbehörden
   - § 34a Gewerbeordnung, Bewachungsverordnung
2. Datenschutzrecht

   insgesamt zu Nummer 1 und 2 etwa 6 Unterrichtsstunden
3. Bürgerliches Gesetzbuch
   - Notwehr (§ 227 BGB), Notstand (§§ 228, 904 BGB), Selbsthilfe (§§ 229, 859 BGB), verbotene Eigenmacht (§ 858 BGB), Haftungs- und Deliktsrecht (§§ 823 ff. BGB), Eigentum und Besitz (§§ 903, 854 BGB), Schikaneverbot (§ 226 BGB), wobei Abgrenzungsfragen zu den einschlägigen Vorschriften des StGB (§§ 32 bis 35) aufgezeigt werden

   insgesamt etwa 6 Unterrichtsstunden
4. Straf- und Verfahrensrecht, Umgang mit Waffen
   - einzelne Straftatbestände (z. B. § 123, §§ 185 ff., §§ 223 ff., § 239, § 240, §§ 244 ff. StGB)
   - vorläufige Festnahme (§ 127 StPO)
   - Grundzüge der Aufgaben von Staatsanwaltschaft und Polizei (§§ 152, 163 StPO)
   - Umgang mit Waffen (Schlagstöcke, Reizstoffsprühgeräte usw.)

   insgesamt etwa 6 Unterrichtsstunden
5. Unfallverhütung

   insgesamt etwa 6 Unterrichtsstunden
6. Umgang mit Menschen, insbesondere Verhalten in Gefahrensituationen und Deeskalationstechniken in Konfliktsituationen sowie interkulturelle Kompetenz unter besonderer Beachtung von Diversität und gesellschaftlicher Vielfalt
   - Selbstwertgefühl (Voraussetzungen für richtigen Umgang mit sich selbst und seinen Mitmenschen)
   - Übersteigerte Selbstwert-/Minderwertigkeitsgefühle (Ursachen und Maßstabsverlust)
   - Konflikt/Stress (Entstehung, Konfliktebenen, schwierige Situationen, Lösungshilfen)
   - richtiges Ansprechen und Führung im Gespräch (Grundregeln für richtiges/falsches Verhalten)
   - interkulturelle Kompetenz unter besonderer Beachtung der Diversität
   - Umgang mit und Schutz von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten (wie beispielsweise allein reisende Frauen, Homosexuelle, transgeschlechtliche Personen, Menschen mit Behinderung, Opfer schwerer Gewalt)

   insgesamt etwa 11 Unterrichtsstunden
7. Grundzüge der Sicherheitstechnik
   - Mechanische Sicherungstechnik
   - Gefahrenmeldeanlagen; Alarmverfolgung
   - Brandschutz

   insgesamt etwa 5 Unterrichtsstunden

Anlage 3
(zu § 11 Absatz 7)

Bescheinigung
über die erfolgreiche Ablegung einer Sachkundeprüfung
nach § 34a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 1a Satz 2 der Gewerbeordnung

.....
(Familienname und Vorname)

geboren am ..... in .....

wohnhaft in .....

hat am .....

vor der Industrie- und Handelskammer .....

die Sachkundeprüfung für die Ausübung des Wach- und Sicherheitsgewerbes erfolgreich abgelegt.

Die Prüfung erstreckte sich insbesondere auf die fachspezifischen Pflichten und Befugnisse folgender Sachgebiete:

1. Recht der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich Gewerberecht,
2. Datenschutzrecht,
3. Bürgerliches Gesetzbuch,
4. Straf- und Strafverfahrensrecht, Umgang mit Waffen,
5. Unfallverhütungsvorschrift Wach- und Sicherungsdienste,
6. Umgang mit Menschen, insbesondere Verhalten in Gefahrensituationen und Deeskalationstechniken in Konfliktsituationen sowie interkulturelle Kompetenz unter besonderer Beachtung von Diversität und gesellschaftlicher Vielfalt,
7. Grundzüge der Sicherheitstechnik.

(Stempel/Siegel)

....
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Fußzeile: Identifikationsnummer und Validierungscode der Industrie- und Handelskammer

Hinweis auf Verkündungen im Bundesanzeiger

Gemäß § 2 Absatz 3 des Verkündungs- und Bekanntmachungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 114-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044) geändert worden ist, wird auf folgende im Bundesanzeiger (www.bundesanzeiger.de) verkündete Rechtsverordnungen nachrichtlich hingewiesen:

	Datum und Bezeichnung der Verordnung	Fundstelle	Tag des Inkrafttretens
4. 4. 2019	Erste Verordnung zur Änderung der Zweiten Durchführungsverordnung zur Verordnung zur Prüfung von Luftfahrtgerät (Lufttüchtigkeitsforderungen für Luftfahrtgerät) FNA: 96-1-40-4	BAnz AT 10.04.2019 V1	11. 4. 2019
24. 4. 2019	Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Zweihundertzweiundzwanzigsten Durchführungsverordnung zur Luftverkehrs-Ordnung (Festlegung von Flugverfahren für An- und Abflüge nach Instrumentenflugregeln zum und vom Flughafen Bremen) FNA: 96-1-2-222	BAnz AT 06.05.2019 V1	18. 7. 2019

Hinweis auf Rechtsvorschriften der Europäischen Union,

die mit ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union unmittelbare Rechtswirksamkeit in der Bundesrepublik Deutschland erlangt haben.

Aufgeführt werden nur die Verordnungen, die im Inhaltsverzeichnis des Amtsblattes durch Fettdruck hervorgehoben sind.

	Datum und Bezeichnung der Rechtsvorschrift	ABl. EU – Ausgabe in deutscher Sprache – Nr./Seite	vom
19. 12. 2018	Delegierte Verordnung (EU) 2019/401 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 389/2013 zur Festlegung eines Unionsregisters (1)	L 72/4	14. 3. 2019
13. 3. 2019	Verordnung (EU) 2019/402 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1126/2008 zur Übernahme bestimmter internationaler Rechnungslegungsstandards gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf den International Accounting Standard 19	L 72/6	14. 3. 2019
13. 3. 2019	Durchführungsverordnung (EU) 2019/403 der Kommission zur Erteilung einer Unionszulassung für die Biozidproduktfamilie „Deosan Activate BPF based on Iodine“	L 72/11	14. 3. 2019
–	Berichtigung der Verordnung (EU) 2018/2025 des Rates vom 17. Dezember 2018 zur Festsetzung der Fangmöglichkeiten von Fischereifahrzeugen der Union für bestimmte Bestände von Tiefseearten für 2019 und 2020 (ABl. L 325 vom 20.12.2018)	L 72/141	14. 3. 2019
14. 3. 2019	Durchführungsverordnung (EU) 2019/408 des Rates zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 269/2014 über restriktive Maßnahmen angesichts von Handlungen, die die territoriale Unversehrtheit, Souveränität und Unabhängigkeit der Ukraine untergraben oder bedrohen	L 73/9	15. 3. 2019

(1) Text von Bedeutung für den EWR.

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
Postanschrift: 11015 Berlin
Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: (0 30) 18 580-0

Redaktion: Bundesamt für Justiz
Schriftleitungen des Bundesgesetzblatts Teil I und Teil II
Postanschrift: 53094 Bonn
Hausanschrift: Adenauerallee 99 – 103, 53113 Bonn
Telefon: (02 28) 99 410-40

Verlag: Bundesanzeiger Verlag GmbH
Postanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Hausanschrift: Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-0

Satz, Druck und buchbinderische Verarbeitung: M. DuMont Schauberg, Köln

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:
Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-2 82, Telefax: (02 21) 9 76 68-1 40
E-Mail: bgbl@bundesanzeiger.de
Internet: www.bundesgesetzblatt.de bzw. www.bgbl.de

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich im Abonnement je 85,00 €.

Bezugspreis dieser Ausgabe: 11,05 € (10,00 € zuzüglich 1,05 € Versandkosten). Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7 %.

ISSN 0341-1095

Bundesanzeiger Verlag GmbH · Postfach 10 05 34 · 50445 Köln

Postvertriebsstück · Deutsche Post AG · G 5702 · Entgelt bezahlt

	Datum und Bezeichnung der Rechtsvorschrift	ABl. EU – Ausgabe in deutscher Sprache – Nr./Seite	vom
14. 3. 2019	Durchführungsverordnung (EU) 2019/409 des Rates zur Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 269/2014 über restriktive Maßnahmen angesichts von Handlungen, die die territoriale Unversehrtheit, Souveränität und Unabhängigkeit der Ukraine untergraben oder bedrohen	L 73/16	15. 3. 2019
29. 11. 2018	Durchführungsverordnung (EU) 2019/410 der Kommission zur Festlegung technischer Durchführungsstandards im Hinblick auf die Einzelheiten und die Struktur der Angaben, die der Europäischen Bankenaufsichtsbehörde nach der Richtlinie (EU) 2015/2366 des Europäischen Parlaments und des Rates von den zuständigen Behörden im Bereich Zahlungsdienste zu übermitteln sind (1)	L 73/20	15. 3. 2019
	(1) Text von Bedeutung für den EWR.		
29. 11. 2018	Delegierte Verordnung (EU) 2019/411 der Kommission zur Ergänzung der Richtlinie (EU) 2015/2366 des Europäischen Parlaments und des Rates durch technische Regulierungsstandards zur Festlegung der technischen Anforderungen für die Entwicklung, den Betrieb und die Führung des elektronischen zentralen Registers im Bereich der Zahlungsdienste und für den Zugang zu den darin enthaltenen Angaben (1)	L 73/84	15. 3. 2019
	(1) Text von Bedeutung für den EWR.		
14. 3. 2019	Verordnung (EU) 2019/412 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1126/2008 zur Übernahme bestimmter internationaler Rechnungslegungsstandards gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1606/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf die International Accounting Standards 12 und 23 und die International Financial Reporting Standards 3 und 11 (1)	L 73/93	15. 3. 2019
	(1) Text von Bedeutung für den EWR.		