

Bundesrat

Drucksache 555/88

25. 11. 88

AS - G - K

**Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages**

ARCHIV
des Landtags Nordrhein-Westfalen
LEIH Exemplar

**Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz — GRG)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 111. Sitzung am 25. November 1988 aufgrund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) — Drucksachen 11/3320, 11/3480 — den

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG)
— Drucksachen 11/2237, 11/2493 —

unter Berücksichtigung der mündlich vorgetragenen Berichtigung in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 16. 12. 88

Erster Durchgang: Drucksache 200/88

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

ERSTER TEIL

Ergänzung und Änderung des Sozialgesetzbuchs

Artikel 1

Sozialgesetzbuch (SGB)

FÜNFTES BUCH (V)

Gesetzliche Krankenversicherung

ERSTES KAPITEL

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

§ 2

Leistungen

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes vorsieht. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 3

Solidarische Finanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

§ 4

Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

(2) Die Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert:

Allgemeine Ortskrankenkassen,
Betriebskrankenkassen,
Innungskrankenkassen,
die See-Krankenkasse,
Landwirtschaftliche Krankenkassen,
die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung,
Ersatzkassen.

(3) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

(4) Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren.

ZWEITES KAPITEL
Versicherter Personenkreis

ERSTER ABSCHNITT
Versicherung kraft Gesetzes

§ 5

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz nach dessen näherer Bestimmung,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs verlegt haben.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbstständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 vor.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder

12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist.

(9) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.

§ 6

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze nach § 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung (Jahresarbeitsentgeltgrenze) übersteigt, dies gilt nicht für Seeleute; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen,

wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,

8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(4) Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Bei rückwirkender Erhöhung des Entgelts endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) Die Satzung der Bundesknappschaft kann die Versicherungspflicht auf Beschäftigte erstrecken, deren Jahresarbeitsentgelt den nach Absatz 1 Nr. 1 festgesetzten Betrag übersteigt, wenn die Bundesknappschaft für die Versicherung zuständig ist.

§ 7

Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

Wer eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres.

§ 8

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes während des Erziehungsurlaubs; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Zeit des Erziehungsurlaubs,
3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für Behinderte (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

ZWEITER ABSCHNITT**Versicherungsberechtigung**

§ 9

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens sechs Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen,

3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind,

4. Schwerbehinderte im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbooks wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes,
5. im Falle des Absatzes 1 Nr. 5 nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbooks.

DRITTER ABSCHNITT**Versicherung der Familienangehörigen**

§ 10

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbooks haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

DRITTES KAPITEL

Leistungen der Krankenversicherung

ERSTER ABSCHNITT

Übersicht über die Leistungen

§ 11

Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. zur Förderung der Gesundheit (§ 20),
2. zur Verhütung von Krankheiten (§§ 21 bis 24),
3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 53 bis 57),

Ferner besteht Anspruch auf Sterbegeld (§§ 58 und 59).

(2) Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.

(4) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

ZWEITER ABSCHNITT

Gemeinsame Vorschriften

§ 12

Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

§ 13

Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch vorsieht.

(2) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

§ 14

Teilkostenerstattung

(1) Die Satzung kann für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach § 351 der Reichsversicherungsordnung gilt, und für Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, bestimmen, daß an die Stelle der

nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung tritt. Sie hat die Höhe des Erstattungsanspruchs in Vomhundertsätzen festzulegen und das Nähere über die Durchführung des Erstattungsverfahrens zu regeln.

(2) Die in Absatz 1 genannten Versicherten können sich jeweils im voraus für die Dauer von zwei Jahren für die Teilkostenerstattung nach Absatz 1 entscheiden. Die Entscheidung wirkt auch für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen.

§ 15

Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte

(1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

(2) Versicherte, die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt (Zahnarzt) vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte (§ 291) oder, soweit sie noch nicht eingeführt ist, einen Krankenschein auszuhändigen.

(3) Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

(4) In die Krankenversichertenkarte oder den Kranken- oder Berechtigungsschein sind neben der Bezeichnung der Krankenkasse Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer und Status des Versicherten sowie der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.

(5) In dringenden Fällen kann die Krankenversichertenkarte oder der Kranken- oder Berechtigungsschein nachgereicht werden.

§ 16

Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht leisten,
3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,

4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126 a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs erhalten.

(3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs aufhalten.

(5) Absatz 1 gilt nicht bei Krankheit, wenn der Versicherungsfall auf den Transitstrecken von und nach dem Land Berlin eingetreten ist.

§ 17

Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs

(1) Mitglieder, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs entstanden wären.

(3) Die See-Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 48 Abs. 2 des Seemannsgesetzes entstanden sind.

§ 18

Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs

(1) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung

ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

§ 19

Erlöschen des Leistungsanspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

(3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.

DRITTER ABSCHNITT

Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten

§ 20

Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung

(1) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

(2) Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken. Sie arbeiten mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Krankenkasse kann in der Satzung Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten vorsehen. Sie kann in der Satzung Art und Umfang dieser Leistungen bestimmen und dabei auch Leistungen in Form von Zuschüssen vorsehen. Leistungen, die im Dritten bis Neunten Abschnitt dieses Kapitels aufgeführt sind, dürfen nach Satz 1 und 2 nicht erweitert werden.

(4) Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und mit auf diesem Gebiet bereits tätigen und erfahrenen Ärzten sowie mit den dafür zuständigen Stellen, insbesondere den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eng zusammenarbeiten. Über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen schließen.

(5) Aufgaben anderer Stellen bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung bleiben unberührt.

§ 21

Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

(2) Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt, Finanzierung, Dokumentation und Kontrolle zu beschließen.

§ 22

Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

(1) Versicherte, die das zwölfte, aber noch nicht das zwanzigste Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.

(2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der Untersuchungen. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

§ 23

Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
3. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgekur erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß von bis zu 15 Deutsche Mark täglich vorsehen.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

(5) Die Leistungen nach Absatz 2 und 4 sollen für längstens vier Wochen erbracht werden. Sie können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 Deutsche Mark je Kalendertag an die Einrichtung. Die Zuzahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 24

Vorsorgekuren für Mütter

(1) Die Krankenkasse kann unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann vorsehen, daß die Kosten der Kur übernommen werden oder dazu ein Zuschuß gezahlt wird.

(2) § 23 Abs. 5 und 6 gilt entsprechend.

VIERTER ABSCHNITT

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

§ 25

Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

(2) Versicherte haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.

(3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, daß

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

(4) Die Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Er kann für geeignete Gruppen von Versicherten eine von Absatz 1 und 2 abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchungen bestimmen.

§ 26

Kinderuntersuchung

(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

(2) § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

FÜNFTER ABSCHNITT
Leistungen bei Krankheit

ERSTER TITEL
Krankenbehandlung

§ 27

Krankenbehandlung

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war. Leistungen für eine künstliche Befruchtung gehören nicht zur Krankenbehandlung.

§ 28

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 29

Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung

(1) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 80 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kasenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, erstattet die Krankenkasse für das zweite und jedes weitere Kind 90 vom Hundert der in Satz 1 genannten Kosten.

(2) Die Krankenkasse erstattet Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Absatz 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

(3) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 die Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.

§ 30

Kostenerstattung bei Zahnersatz

(1) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kasenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung), solange nicht Zuschüsse nach Absatz 2 festgelegt worden sind. Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bis zum 31. Dezember 1989 gemeinsam und einheitlich den Zuschuß nach Absatz 1 durch Zuschüsse zu ersetzen, deren Höhe sich nach der Versorgungsform richtet. Dabei sollen sie für zahntechnisch aufwendige Versorgungsformen einen Zuschuß von 40 vom Hundert, für mittlere Versorgungsformen einen Zuschuß von 50 vom Hundert und für einfache Versorgungsformen einen Zuschuß von 60 vom Hundert vorsehen und das Nähere über die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die den drei Zuschußgruppen zuzuordnen sind, im Einvernehmen mit der Kasenzahnärztlichen Bundesvereinigung festlegen. Für die in Satz 2 genannten Zuschußgruppen können sie auch Festzuschüsse oder andere als die in Satz 2 genannten Zuschußhöhen festlegen. Dem Bundesinventionsverband der Zahntechniker ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Die Zuschüsse nach Absatz 2 sind so festzulegen, daß die Aufwendungen der Krankenkassen für

diese Zuschüsse im Jahre 1990 insgesamt 50 vom Hundert der Gesamtaufwendungen der Versicherten und der Krankenkassen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz im jährlichen Durchschnitt der Jahre 1986 und 1987 nicht übersteigen.

(4) Haben die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 1989 Zuschüsse nach Absatz 2 nicht festgelegt, bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die den in Absatz 2 genannten Zuschußgruppen zuzuordnen sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(5) Für eigene Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne erhöhen sich die Zuschüsse nach Absatz 1 oder 2 um 10 Prozentpunkte. Die erhöhten Zuschüsse entfallen vom 1. Januar 1991 an, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und er seit dem 1. Januar 1989, bei Behandlungsbeginn nach dem 31. Dezember 1993 während der letzten fünf Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung,

1. die Untersuchungen nach § 22 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. er sich nach Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Zuschüsse erhöhen sich um weitere 5 Prozentpunkte, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.

(6) Wählen Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.

§ 31

Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, soweit die Arzneimittelnicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

(2) Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Arznei- oder Verbandmittel trägt die Krankenkasse die vollen Kosten abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- oder Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist,

1. eine Zuzahlung von 3 Deutsche Mark je Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,

2. vom 1. Januar 1992 an eine Zuzahlung von 15 vom Hundert, jedoch höchstens 15 Deutsche Mark je Mittel,

an die abgebende Stelle zu leisten.

§ 32

Heilmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung von 10 vom Hundert an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn das Heilmittel in der Praxis des Arztes oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben wird.

§ 33

Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

(2) Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Zu den Kosten des Brillengestells zahlt die Krankenkasse einen Zuschuß von 20 Deutsche Mark, soweit nicht für Brillengestelle geringere Festbeträge nach § 36 festgesetzt sind. Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 1 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Bundesausschuß der

Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

§ 34

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1) Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 weitere Arzneimittel ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Dabei ist zu bestimmen, unter welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 unwirtschaftliche Arzneimittel ausschließen. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die

Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 32, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.

§ 35

Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

(1) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen.

(2) Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Die Spitzenverbände der Kran-

kenkassen gemeinsam können einheitliche Festbeträge für Verbandsmittel festsetzen. Für die Stellungnahmen der Sachverständigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) kann erst drei Jahre nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden.

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Bei der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel ist grundsätzlich von den preisgünstigen Apothekenabgabepreisen in der Vergleichsgruppe auszugehen; dabei ist sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen.

(6) Für das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge gilt § 213 Abs. 2 und 3.

(7) Die Festbeträge sind im Bundesarbeitsblatt bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 3, gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.

§ 36

Festbeträge für Hilfsmittel

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefaßt werden. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer und den Verbänden der Behinderten ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam setzen für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel für den Bereich eines Landes einheitliche Festbeträge fest. Für Brillengestelle und Brillengläser sind getrennte Festbeträge festzusetzen. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) § 35 Abs. 5 Satz 1, 2 und Satz 4 zweiter Halbsatz sowie Abs. 7 gilt.

(4) Für das Verfahren nach Absatz 1 und 2 gilt § 213 Abs. 2 entsprechend.

§ 37

Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann erbracht wird, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Sie kann dabei Umfang und Dauer im Einzelfall erforderlicher Leistungen bestimmen.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

§ 38

Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das achte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und

den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

§ 39

Krankenhausbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung wird voll- oder teilstationär erbracht. Sie umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausesgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Kassenärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte zahlen vom Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage 5 Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus. Die Zuzahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten. Satz 1 gilt nicht für Versicherte bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie für die Zeit der teilstationären Krankenhausbehandlung. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zuzahlung von 5 Deutsche Mark kalendertäglich sowie die nach § 40 Abs. 5 Satz 2 geleistete Zuzahlung ist auf die Zuzahlung nach Satz 1 anzurechnen. Vom 1. Januar 1991 an beträgt die Zuzahlung nach Satz 1 10 Deutsche Mark.

(5) Die See-Krankenkasse kann für kranke Seeleute, die ledig sind und keinen Haushalt haben, über den Anspruch nach Absatz 1 hinaus Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim erbringen. Absatz 4 gilt.

§ 40

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, um die in § 27 Satz 1 und § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß von bis zu 15 Deutsche Mark täglich vorsehen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

(3) Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens vier Wochen erbracht werden. Leistungen nach Absatz 1 und 2 können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

(4) Leistungen nach Absatz 2, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 1305 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung, des § 84 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes und des § 97 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 Deutsche Mark je Kalendertag an die Einrichtung. Die Zuzahlung beträgt 5 Deutsche Mark, vom 1. Januar 1991 an 10 Deutsche Mark je Kalendertag für längstens vierzehn Tage je Kalenderjahr, wenn die Leistung nach Absatz 2 der Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zuzahlung von 5 Deutsche Mark kalendertäglich sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zuzahlung ist auf die Zuzahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zuzahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 41

Müttergenesungskuren

(1) Die Krankenkasse kann unter den in § 27 Satz 1 genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann vorse-

hen, daß die Kosten der Kur übernommen werden oder dazu ein Zuschuß gezahlt wird.

(2) § 40 Abs. 3 bis 5 gilt entsprechend.

§ 42

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Versicherte haben Anspruch auf Belastungserprobung und Arbeitstherapie, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.

§ 43

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkasse kann als ergänzende Leistungen

1. den Rehabilitationssport fördern, der Versicherten ärztlich verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird,
2. solche Leistungen zur Rehabilitation erbringen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

ZWEITER TITEL

Krankengeld

§ 44

Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden. Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5, 6, 9 oder 10 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben.

(2) Die Satzung kann für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

§ 45

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das achte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. § 10 Abs. 4 und § 44 Abs. 1 Satz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für fünf Arbeitstage.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

§ 46

Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) von ihrem Beginn an,
2. im übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an.

§ 47

Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) Das Krankengeld beträgt 80 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitsentkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf das bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechnete Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen

Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen.

(2) Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt.

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, daß das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

(4) Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1. Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung maßgebend war. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 227) und die Beträge nach § 226 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) Das Krankengeld erhöht sich jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums um den Vomhundertsatz, um den die Renten der gesetzlichen Rentenversicherungen zuletzt vor diesem Zeitpunkt nach dem jeweiligen Rentenanpassungsgesetz angepaßt worden sind. Es darf nach der Anpassung 80 vom Hundert des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) nicht übersteigen.

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 48

Dauer des Krankengeldes

(1) Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer

Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

§ 49

Ruhen des Krankengeldes

Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt; Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld gelten nicht als Arbeitsentgelt, soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen,
2. solange Versicherte Erziehungsurlaub nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz erhalten; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn des Erziehungsurlaubs eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während des Erziehungsurlaubs erzielt worden ist,
3. solange Versicherte Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Schlechtwettergeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz ruht, und zwar auch insoweit, als das Krankengeld höher ist als eine dieser Leistungen,
4. solange Versicherte Entgeltersatzleistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetz buchs erhalten,
5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.

§ 50

Wegfall und Kürzung des Krankengeldes

(1) Versicherte haben vom Beginn der nachstehenden Leistungen an keinen Anspruch auf Krankengeld:

1. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird,
3. Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3,
4. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer staatlichen Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs gezahlt werden.

Ist über den Beginn der in Satz 1 genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern. In den Fällen der Nummer 4 gilt das überzahlte Krankengeld bis zur Höhe der dort genannten Leistungen als Vorschuß des Trägers oder der Stelle; es ist zurückzuzahlen.

(2) Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

1. des Altersgeldes, vorzeitigen Altersgeldes oder der Landabgaberente aus der Altershilfe für Landwirte,
2. der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Berufsunfähigkeit,
3. der Knappschaftsausgleichsleistung nach § 98a des Reichsknappschaftsgesetzes oder Bergmannsrente nach § 45 Abs. 1 Nr. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes oder
4. einer vergleichbaren Leistung, die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuches gezahlt wird,

gekürzt, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.

§ 51

**Wegfall des Krankengeldes,
Antrag auf Rehabilitation**

(1) Sind Versicherte nach ärztlichem Gutachten als erwerbsunfähig anzusehen, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation bei einem Leistungsträger mit Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähig-

keit bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug des Altersruhegeldes oder des Altersgeldes und haben sie das fünfundschzigste Lebensjahr vollendet, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

DRITTER TITEL**Leistungsbeschränkungen**

§ 52

Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.

SECHSTER ABSCHNITT**Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit**

§ 53

Personenkreis

(1) Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), erhalten häusliche Pflegehilfe.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, soweit ein Anspruch nach § 37 besteht.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe sowie der Behinderten zu beteiligen.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen erlassen.

§ 54

Anspruchsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums und in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Der Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

(2) Bei Versicherten, die keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, tritt an die Stelle der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der Tag der Geburt. Für versicherte Kinder gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 als erfüllt, wenn sie ein Elternteil erfüllt.

§ 55

Inhalt der Leistung

(1) Die häusliche Pflegehilfe soll die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter in ihrem Haushalt oder dem ihrer Familie ergänzen. Sie ist darauf auszurichten, daß Pflegebedürftige möglichst dort verbleiben können und stationäre Pflege vermieden wird. Sie umfaßt die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu fünfundzwanzig Pflegeeinsätzen je Kalendermonat. An einem Tag können mehrere Pflegeeinsätze in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 bis 4 dürfen im Einzelfall 750 Deutsche Mark je Kalendermonat nicht übersteigen.

(2) Leistungen nach Absatz 1 werden vom 1. Januar 1991 an erbracht.

§ 56

Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Kann die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson zeitweise nicht erbracht werden, wird die häusliche Pflegehilfe über den Rahmen des § 55 hinaus im erforderlichen Umfang für längstens vier Wochen je Kalenderjahr erbracht, wenn die Pflegeperson den Schwerpflegebedürftigen vor der Verhinderung mindestens zwölf Monate gepflegt hat. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 dürfen im Einzelfall 1 800 Deutsche Mark nicht überschreiten. Werden die Versicherten während dieser Zeit außerhalb ihres Haushalts oder ihrer Familie gepflegt, übernimmt die Krankenkasse die dadurch entstehenden Kosten bis zur Höhe des Betrages, den sie bei Pflege

und Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie aufzuwenden hätte.

§ 57

Geldleistung

(1) Auf Antrag der schwerpflegebedürftigen Versicherten kann die Krankenkasse ihnen anstelle der häuslichen Pflegehilfe einen Geldbetrag von 400 Deutsche Mark je Kalendermonat zahlen, wenn die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen können.

(2) Die Geldleistung nach Absatz 1 wird nur gezahlt, wenn die Pflegeperson auch bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu einer ausreichenden Pflege in der Lage ist.

(3) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu mindern.

(4) Die Geldleistung wird vom 1. Januar 1991 an gezahlt.

SIEBTER ABSCHNITT**Sterbegeld**

§ 58

Sterbegeld

Beim Tod eines Versicherten wird ein Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld) gezahlt, wenn der Verstorbene am 1. Januar 1989 versichert war. Das Sterbegeld wird an denjenigen gezahlt, der die Bestattungskosten trägt.

§ 59

Höhe des Sterbegeldes

Das Sterbegeld beträgt beim Tod eines Mitglieds 2 100 Deutsche Mark, beim Tod eines nach § 10 Versicherten 1 050 Deutsche Mark.

ACHTER ABSCHNITT**Fahrkosten**

§ 60

Fahrkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des 20 Deutsche Mark je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport).

Im übrigen übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten, wenn der Versicherte durch sie unzumutbar belastet würde (§ 61) oder soweit § 62 dies vorsieht. Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung von 20 Deutsche Mark je Fahrt von dem Versicherten ein.

(3) Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer 31 Deutsche Pfennige, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

(4) Die Kosten des Rücktransports in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs werden nicht übernommen. § 16 Abs. 5 und § 18 bleiben unberührt.

NEUNTER ABSCHNITT

Härtefälle

§ 61

Vollständige Befreiung

(1) Die Krankenkasse hat

1. Versicherte von der Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie zu stationären Versorgung- und Rehabilitationsleistungen nach § 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 oder § 41 zu befreien,
2. den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen und

3. die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrkosten von Versicherten zu übernehmen,

wenn die Versicherten unzumutbar belastet würden.

(2) Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Arbeitslosenhilfe nach dem Arbeitsförderungsgesetz, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

(3) Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

(4) Der in Absatz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(5) Der Bescheid über eine Befreiung nach Absatz 1 darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

§ 62

Teilweise Befreiung

(1) Die Krankenkasse hat die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstehenden notwendigen Fahrkosten und Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu übernehmen, soweit sie die Belastungsgrenze übersteigen. Sie beträgt bei jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bis zur Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) 2 vom Hundert, bei höheren Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 4 vom Hundert dieser Einnah-

men. Die Krankenkasse kann insbesondere bei regelmäßig entstehenden Fahrkosten und Zuzahlungen eine Kostenübernahme in kürzeren Zeitabständen vorsehen. Bei der Ermittlung des von der Krankenkasse zu übernehmenden Anteils an Fahrkosten und Zuzahlungen sowie der Belastungsgrenze nach Satz 1 werden die Fahrkosten und Zuzahlungen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und ihre Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt jeweils zusammengerechnet.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach Absatz 1 sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern.

(3) § 61 Abs. 3 und 5 gilt.

ZEHNTER ABSCHNITT

Erprobungsregelungen

§ 63

Grundsatz

Die Krankenkasse kann neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren, auch als Modellvorhaben, im Rahmen der Vorschriften dieses Abschnitts erproben, um die gesetzliche Krankenversicherung weiterzuentwickeln. Sie soll dabei auf verstärkte Anreize hinwirken, Leistungen kostengünstig zu erbringen und sparsam in Anspruch zu nehmen.

§ 64

Kostenerstattung

(1) Die Satzung kann zur Erprobung vorsehen, daß Versicherte anstelle der in diesem Buch vorgesehenen Sachleistungen Kostenerstattung wählen können. Die Kostenerstattung kann auf bestimmte Gruppen von Versicherten und auf bestimmte Gruppen von Leistungen beschränkt werden. Eine Regelung nach Satz 1 und 2 darf nicht zu einer Kostenverlagerung auf andere öffentliche Kostenträger führen.

(2) Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei auch festzulegen, daß die Versicherten für mindestens zwei Jahre an die gewählte Kostenerstattung gebunden sind, und Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.

§ 65

Beitragsrückzahlung

(1) In jedem Landesverband, dem mehr als zwei Mitgliedskassen angehören, hat mindestens eine Krankenkasse in ihre Satzung Bestimmungen über die Erprobung einer Beitragsrückzahlung aufzunehmen. Der Landesverband, für Ersatzkassen deren Verbände, bestimmen, welche Krankenkasse die Sat-

zungsregelung vorzunehmen hat. Die Ersatzkassen können die Erprobung auf eine Region beschränken. Die Verbände haben in ihrer Satzung eine Umlage der Mitgliedskassen vorzusehen, um die Belastung der durchführenden Krankenkasse aus der Beitragsrückzahlung auszugleichen.

(2) Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, erhalten eine Beitragsrückzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Sie beträgt jährlich ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils, und wird innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Haben die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen weniger als ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds betragen, wird der Unterschiedsbetrag zurückgezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und § 24 sowie Leistungen für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

§ 66

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

§ 67

Gesundheitsförderung und Rehabilitation

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können zur Erprobung

1. Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, auch zur Gesundheitserziehung, sowie zur Rehabilitation selbst durchführen und sich an solchen Maßnahmen anderer beteiligen oder sie fördern,
2. sich an Maßnahmen anderer zur Behandlung akuter und chronischer Krankheiten beteiligen oder sie fördern.

(2) Die Art der Maßnahmen und die Grundsätze der Beteiligung und Förderung sind in der Satzung festzulegen.

§ 68

Dauer und Auswertung

Die Satzungsbestimmungen über Erprobungsregelungen sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Erprobungen sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Das Ergebnis der Auswertungen ist zu veröffentlichen. § 75 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

VIERTES KAPITEL**Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern****ERSTER ABSCHNITT****Allgemeine Grundsätze****§ 69****Anwendungsbereich**

Dieses Kapitel regelt die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und sonstigen Leistungserbringern.

§ 70**Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit**

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

§ 71**Beitragssatzstabilität**

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten.

ZWEITER ABSCHNITT**Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten****ERSTER TITEL****Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung****§ 72****Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung**

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.

(2) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung

der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die Verträge der Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten nach § 83 Abs. 3 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Absatz 3 gilt entsprechend für die knappschaftliche Krankenversicherung, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Bundesknappschaft nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

§ 73**Kassenärztliche Versorgung**

(1) Die kassenärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung bestimmen die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge.

(2) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege und häuslicher Pflegehilfe,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen.

(3) In den Gesamtverträgen ist zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur kassenärztlichen Versorgung nach Absatz 2 gehören, Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind.

(4) Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung

sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Das Verzeichnis nach § 39 Abs. 3 ist zu berücksichtigen.

(5) Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 beachten und auf dem Ordnungsblatt ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf. Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

(6) Zur kassenärztlichen Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.

§ 74

Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen.

§ 75

Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die kassenärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfaßt auch einen ausreichenden Notdienst.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(6) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen. Sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß die zur Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten in den Praxen niedergelassener Kassenärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

§ 76

Freie Arztwahl

(1) Die Versicherten können unter den zu der kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten (Kassenärzten), den ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie den Zahnkliniken der Krankenkassen frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Zahl und Umfang der Ei-

geseinrichtungen dürfen auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 erfüllt sind.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte oder ärztlich geleiteten Einrichtungen in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Die Versicherten sollen den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) Die Versicherten der Ersatzkassen können unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung unter den Knappschaftsärzten und den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen frei wählen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

ZWEITER TITEL

Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

§ 77

Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). Kassenzahnärztliche Vereinigungen, deren Bereiche am 1. Januar 1989 von der Regelung nach Satz 1 abweichen, bestehen fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagen.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Absatz 1 Satz 2 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.

(3) Ordentliche Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind die zugelassenen Ärzte. Außerordentliche Mitglieder der für die Führung des Arztregisters zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung sind die in das Arztregister eingetragenen nichtzugelassenen Ärzte.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassen-

zahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen).

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden durch ihre Vorstände oder einzelne Vorstandsmitglieder gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Das Nähere bestimmt die Satzung.

§ 78

Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

(1) Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

(2) Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen Kassenärztlichen Vereinigungen führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem diese Vereinigungen ihren Sitz haben. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(3) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

§ 79

Selbstverwaltungsorgane

(1) Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören.

(3) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen die Satzungen die Zahl der Vorstandsmitglieder.

(4) Für die Haftung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gilt § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.

§ 80

Wahlen

(1) Die ordentlichen und die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen. Die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten, höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Vertreter der ordentlichen Mitglieder jeder Vertreterversammlung wählen aus dem Kreis der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder.

(2) Die Vertreterversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl

1. aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden,
2. die Mitglieder des Vorstandes,
3. den Vorsitzenden des Vorstandes und den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und sein Stellvertreter dürfen nicht zugleich Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes sein.

(3) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden für vier Jahre gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit bis zur Amtsübernahme ihrer Nachfolger im Amt.

§ 81

Satzung

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung. Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Sie muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Selbstverwaltungsorgane,
3. Öffentlichkeit der Vertreterversammlung,
4. Rechte und Pflichten der Mitglieder,
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
7. Änderung der Satzung,
8. Art der Bekanntmachungen.

(2) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen enthalten.

(3) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen

1. die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abzuschließenden Verträge und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind,
2. die Richtlinien nach § 75 Abs. 7, § 92 und § 135 Abs. 3 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind.

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.

(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen, die ihre kassen- oder vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Maßnahmen nach Satz 1 sind je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren. Das Höchstmaß der Geldbußen kann bis zu 20 000 Deutsche Mark betragen. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt.

DRITTER TITEL**Verträge auf Bundes- und Landesebene**

§ 82

Grundsätze

(1) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.

(2) Die Vergütungen der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt.

(3) Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung der Ersatzkassen teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden in den Verträgen nach § 83 Abs. 3 geregelt. Die Vergütungen in der knappschaftlichen Krankenversicherung werden in den Verträgen nach § 83 Abs. 4 geregelt.

§ 83

Gesamtverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Gesamtverträge für Krankenkassen, die sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstrecken, werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundes- oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen. Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.

(2) In den Gesamtverträgen sind auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, ermöglichen. Dabei sind Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen festzulegen.

(3) Die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung. Absatz 2, § 82 Abs. 1 und § 85 gelten entsprechend.

(4) Die Bundesknappschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen, soweit die ärztliche Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt wird, Verträge. Absatz 2, § 82 Abs. 1 und § 85 gelten entsprechend.

§ 84

Vereinbarung von Richtgrößen

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln. Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen.

§ 85

Gesamtvergütung

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopf-

pauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sowie für pauschale Material- und Laborkosten nicht zulässig.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

§ 86

Empfehlungen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben, es sei denn, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Wenn die Vertragspartner nichts anderes vereinbaren, ist die Empfehlung einmal jährlich für den Zeitraum vom 1. Juli bis zum 30. Juni des folgenden Jahres abzugeben.

(2) Die Empfehlungen sollen bei Abschluß der Verträge nach § 83 berücksichtigt werden. Abweichende Vereinbarungen sind zulässig, soweit besondere regionale Verhältnisse oder besondere Verhältnisse der Kassenarten dies erfordern und hierdurch der Grundsatz der Beitragsatzstabilität (§ 141 Abs. 2) nicht gefährdet wird.

§ 87

**Bundesmantelvertrag, einheitlicher
Bewertungsmaßstab**

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Bundesverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. In den Bundesmantelverträgen sind auch die Regelungen, die zur Organisation der kassenärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. Bei der Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter ist § 73 Abs. 5 zu beachten. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Verträge nach § 83 Abs. 3 und 4 entsprechend.

(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

(3) Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertreter. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen.

(4) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt § 89 Abs. 3 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied gemeinsam von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft benannt. Die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds erfolgt durch die Verbände der Ersatzkassen.

(5) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne von § 82 Abs. 1 und § 83 Abs. 3 und 4.

VIERTER TITEL

Zahntechnische Leistungen

§ 88

Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise.

(3) Zahntechnische Leistungen nach Absatz 1, die von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der kassenzahnärztlichen Versorgung. Die Verträge nach § 83 haben Höchstpreise vorzusehen, die die Preise nach Absatz 2 unterschreiten.

FÜNFTER TITEL

Schiedswesen

§ 89

Schiedsamt

(1) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung (Landesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.

(3) Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und je zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter enthalten muß.

Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. Die Mitglieder des Schiedsamts führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft bilden je ein Schiedsamt für die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus fünf von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft bestellten Vertreter, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

(6) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, 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.

(7) Der Bundesinnungsverband der Zahntechniker, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben vom Bundesinnungsverband der Zahntechniker sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 2 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtverordnung entsprechend.

(8) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahntechniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 1 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtverordnung entsprechend.

SECHSTER TITEL

Landesausschüsse und Bundesausschüsse

§ 90

Landesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen. Für die Ersatzkassen nehmen deren Verbände die Aufgabe der Landesverbände nach Satz 1 wahr. Die Verbände der Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen.

(2) Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen berufen. Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, verringert sich die Zahl der Ärzte entsprechend. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt.

(3) Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Bundesverbände der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Verbände der Ersatzkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

§ 91

Bundesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen berufen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einerseits und die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Verbände der Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Bundesausschüsse je zur Hälfte. § 90 Abs. 3 Satz 4 gilt.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesausschüsse führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

§ 92

Richtlinien der Bundesausschüsse

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Sie sollen insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,

4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung und häuslicher Pflegehilfe,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben Arznei- und Heilmittel unter Berücksichtigung der Festbeträge nach § 35 so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird. Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, können für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel in folgenden Gruppen zusammengefaßt werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,
2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind,
3. Mittel, bei deren Verordnung wegen bekannter Risiken oder zweifelhafter therapeutischer Zweckmäßigkeit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 2 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen nach Absatz 2 Satz 2, die Zusammenfassung der Arzneimittel in Gruppen nach Absatz 2 Satz 3 oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung nach Absatz 2 ist unzulässig.

(4) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln

1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind,

2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten.

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die bei Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind.

(5) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Ärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.

(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 über den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten sind auch Regelungen über den Ausschluß der Vergütung solcher Leistungen zu treffen, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden.

(7) Die Richtlinien der Bundesausschüsse sind Bestandteil der Bundesmantelverträge und der Verträge nach § 83 Abs. 3 und 4.

§ 93

Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen soll in regelmäßigen Zeitabständen die nach § 34 Abs. 1 oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3 ganz oder für bestimmte Indikationsgebiete von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen. Die Übersicht ist im Bundesarbeitsblatt bekanntzumachen.

§ 94

Wirksamwerden der Richtlinien

(1) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Beschlüsse der Bundesausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erläßt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Richtlinien. Soweit der Bundesausschuß die Gruppen nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 nicht gebildet hat, kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach dem 1. Juli 1989 die Richtlinien erlassen, ohne daß es einer gesonderten Fristsetzung bedarf.

(2) Die Richtlinien sind im Bundesarbeitsblatt bekanntzumachen.

SIEBTER TITEL

Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung

§ 95

Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung

(1) An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenarztsitz).

(2) Um die Zulassung als Kassenarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag nach Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit für Kassenärzte sowie einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Kassenzahnärzte. Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen.

(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Kassenarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, daß der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist.

(6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kassenarzt die kassenärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Die Zulassung ist auch zu entziehen, wenn dem Kassenarzt infolge gröblicher Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten die vertragsärztliche Beteiligung entzogen worden ist.

(7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes.

(8) Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen ist zulässig, soweit und solange der Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung an der kassenärztlichen Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 teilnimmt. Einzelheiten der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere das Verfahren der Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung sowie das Verfahren der Ermächtigung, werden in den Verträgen

nach § 83 Abs. 3 geregelt. Satz 2 gilt auch für Vereinbarungen zu Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 96

Zulassungsausschüsse

(1) Zur Beschlußfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein außerordentliches Mitglied sein. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen den Berufungsausschuß anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.

§ 97

Berufungsausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berufungsausschuß für Ärzte und einen Berufungsausschuß für Zahnärzte. Sie können nach Bedarf mehrere Berufungsausschüsse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einen gemeinsamen Berufungsausschuß für die Bezirke mehrerer Kassenärztlichen Vereinigungen errichten.

(2) Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Landesverbände der Krankenkassen in gleicher Zahl als Beisitzern. Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft ihn die

für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen. § 96 Abs. 2 Satz 2 bis 5 und 7 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Berufungsausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(4) Der Berufungsausschuß kann die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung im öffentlichen Interesse anordnen.

(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie berufen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen diese nicht bestellen.

§ 98

Zulassungsverordnungen

(1) Die Zulassungsverordnungen regeln das Nähere über die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 99) und die Beschränkung von Zulassungen. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der baren Auslagen und Entschädigung für Zeitaufwand,
2. die Geschäftsführung der Ausschüsse,
3. das Verfahren der Ausschüsse entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
4. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,
5. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in diese Register und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister,
7. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
8. die Aufstellung, Abstimmung, Fortentwicklung und Auswertung der für die mittel- und langfri-

stige Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfspläne sowie die hierbei notwendige Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren Unterrichtung und die Beratung in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen,

9. die Ausschreibung von Kassenarztsitzen,
10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
11. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung,
12. den Ausschluß einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz, soweit die Ermächtigung zur Sicherstellung erforderlich ist, und in Härtefällen,
13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,
14. die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen die zuständige deutsche Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt hat, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen nach Artikel 60 des EWG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätig werden,
15. die zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit bei Verzicht.

ACHTER TITEL

Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung

§ 99

Bedarfsplan

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der kassenärztlichen

Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(2) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, kann jeder der Beteiligten den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen anrufen.

(3) Die Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne nach Absatz 1 und entscheiden im Falle des Absatzes 2.

§ 100

Unterversorgung

(1) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige Feststellung, daß in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

§ 101

Überversorgung

In Fällen kassenärztlicher Überversorgung können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse (§ 102) Zulassungsbeschränkungen anordnen.

§ 102

Richtlinien zur Überversorgung

(1) Die Bundesausschüsse beschließen in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kassenärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine kassenärztliche Überversorgung,

3. ergänzende Grundlagen, nach denen die Landes-
ausschüsse eine Gefährdung der zweckmäßigen
und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund von
Überversorgung im einzelnen zu bewerten ha-
ben,

4. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und
fachärztliche Versorgungsstruktur.

(2) Die Verhältniszahlen nach Absatz 1 Nr. 1 sind
erstmalig nach dem bundeseinheitlichen Versorgungs-
stand vom 31. Dezember 1980 arztgruppenbezogen
im Verhältnis der Zahl der zugelassenen Kassenärzte
zur Bevölkerung zu ermitteln. Die Maßstäbe nach Ab-
satz 1 Nr. 2 sind arztgruppenbezogen festzulegen. Sie
haben insbesondere das Ausmaß des Überschreitens
des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgra-
des nach Absatz 1 Nr. 1 zu bestimmen, das die An-
nahme von Überversorgung rechtfertigt. Überversor-
gung darf erst angenommen werden, wenn der allge-
meine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um wenig-
stens 50 vom Hundert überschritten ist. Die Maßstäbe
für die Überversorgung sind ferner so festzulegen, daß
für mindestens 50 vom Hundert der regionalen Pla-
nungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen
im Bundesgebiet arztgruppenbezogen eine Überversor-
gung nicht eintritt. Diese Planungsbereiche müs-
sen in ihrer Gesamtheit annähernd 50 vom Hundert
der Bevölkerung umfassen. Die regionalen Planungsbereiche
sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die Maßstäbe sind spätestens alle drei Jahre zu
überprüfen und der tatsächlichen Entwicklung anzu-
passen.

(3) In den ergänzenden Bewertungsgrundlagen
nach Absatz 1 Nr. 3 sind einheitliche Verfahren fest-
zulegen, mit deren Hilfe die Gefährdung der zweck-
mäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund
von Überversorgung mit Angaben zur Altersstruktur
der Ärzte, des Patientenaufkommens (Fallzahlen) und
des Behandlungsaufwands (Fallwerte) festgestellt
werden kann.

§ 103

Zulassungsbeschränkungen

(1) Auf Antrag der zuständigen Kassenärztlichen
Vereinigung, eines Landesverbands der Krankenkassen
oder eines Verbandes der Ersatzkassen stellen die
Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen fest,
ob eine Überversorgung vorliegt und ob dadurch eine
zweckmäßige und wirtschaftliche kassenärztliche
Versorgung gefährdet ist. In diesen Fällen kann der
Landesausschuß Zulassungsbeschränkungen anord-
nen.

(2) Die Zulassungsbeschränkungen sind räumlich
zu begrenzen. Sie können einen oder mehrere Pla-
nungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung
umfassen. Sie sind arztgruppenbezogen unter ange-
messener Berücksichtigung der Besonderheiten bei
den Kassenarten anzuordnen.

(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind zu befristen.
Sie dürfen die Dauer von drei Jahren nicht über-
schreiten. Sie sind aufzuheben, wenn durch Verände-
rung der Maßstäbe nach § 102 Abs. 1 Nr. 2 die Vor-

aussetzungen für eine Überversorgung entfallen.
Dauert nach Ablauf von drei Jahren auch nach Anpas-
sung der Maßstäbe die Überversorgung an, können
die Zulassungsbeschränkungen verlängert werden.
Die Sätze 1 und 2 gelten auch für die Verlängerung.

(4) Bei Zulassungsbeschränkungen für Planungsbe-
reiche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sind
mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungs-
bereiche für Zulassungen offenzuhalten.

§ 104

Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen

(1) Die Zulassungsverordnungen bestimmen, unter
welchen Voraussetzungen, in welchem Umfang und
für welche Dauer zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten
ärztlichen Versorgung in solchen Gebieten
eines Zulassungsbezirks, in denen eine kassenärztliche
Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar
droht, Beschränkungen der Zulassungen in hiervon
nicht betroffenen Gebieten von Zulassungsbezirken
nach vorheriger Ausschöpfung anderer geeigneter
Maßnahmen vorzusehen und inwieweit hierbei die
Zulassungsausschüsse an die Anordnung der Landes-
ausschüsse gebunden sind und Härtefälle zu berück-
sichtigen haben.

(2) Die Zulassungsverordnungen bestimmen nach
Maßgabe des § 102 auch das Nähere über die Anpas-
sung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Ver-
sorgungsgrad sowie über das Verfahren bei der An-
ordnung von Zulassungsbeschränkungen bei kassen-
ärztlicher Überversorgung. Zur Vermeidung von un-
billigen Härten haben sie Regelungen für Ausnahmen
von Zulassungsbeschränkungen in Fällen vorzusehen,
in denen

1. die Zulassung eines Kassenarztes durch Tod, Ver-
zicht oder Entziehung endet und die Praxis durch
einen Nachfolger fortgeführt werden soll,
2. ein Arzt sich um die Zulassung mit der Maßgabe
bewirbt, seine kassenärztliche Tätigkeit gemein-
schaftlich mit einem in einem von Zulassungsbe-
schränkungen betroffenen Gebiet zugelassenen
Kassenarzt auszuüben, solange die kassenärztliche
Tätigkeit gemeinschaftlich ausgeübt wird.

(3) Für die Verträge nach § 83 Abs. 3 gelten die
Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 105

Förderung der kassenärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit
Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereini-
gungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeig-
neten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu er-
greifen, um die Sicherstellung der kassenärztlichen
Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu
fördern. Zum Betreiben von Einrichtungen, die der
unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versi-
icherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Ein-
richtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereini-

gungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Kassenarzt vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an finanziell fördern.

NEUNTER TITEL

Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 106

Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenärztlichen Versorgung

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten,
2. arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 und
3. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbeziehbaren Stichproben, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen.

Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 1 und 3 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam können über die in Satz 1 Nr. 1 bis 3 vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbeziehbare und versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

(3) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam. Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfungen einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann. Sie haben dabei auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach den §§ 29,

30 und 64 Kosten erstattet. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden.

(4) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner bilden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(5) Der Prüfungsausschuß entscheidet auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung, ob der Kassenarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen; § 83 Abs. 2 gilt entsprechend.

(7) Für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gelten die Absätze 1 bis 6 entsprechend. An die Stelle der Landesverbände der Krankenkassen treten die Verbände der Ersatzkassen.

DRITTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen

§ 107

Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend

durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

- a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

- b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (Rehabilitation),

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

§ 108

Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 109

Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrags. Dieser ist für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs unmittelbar verbindlich.

(2) Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.

(3) Ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

Abschluß und Ablehnung des Versorgungsvertrags werden mit der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden wirksam. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

(4) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen; der Grundsatz der Selbstkostendeckung nach § 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt.

§ 110

**Kündigung von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern**

(1) Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen. Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu verbinden, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist.

(2) Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände erfolgt im Benehmen mit den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen. Sie wird mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Diese hat ihre Entscheidung zu begründen. Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung versagt werden, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Landesrecht bedarfsgerecht ist.

§ 111

**Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder
Rehabilitationseinrichtungen**

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedschaften mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Verbände der Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedschaften in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht ha-

ben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist das Benehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags herzustellen.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

§ 112

**Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen
über Krankenhausbehandlung**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
 - a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
 - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung,
3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,

4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege.

Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

§ 113

Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen. Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zustande, wird dieser auf Antrag von der Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 1 bestimmt. Der Prüfer ist bei Durchführung seines Auftrags an Weisungen nicht gebunden.

(2) Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter sind verpflichtet, dem Prüfer und seinen Beauftragten auf Verlangen die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 110, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen. Die Vorschriften über Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach der Bundespflegesatzverordnung bleiben unberührt.

(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen

(§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 83 Abs. 2, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136 geltenden Regelungen geprüft.

§ 114

Landesschiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausesgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben.

(2) Die Landesschiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Landeskrankenhausesgesellschaft bestellt. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 89 Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los bestellt. Soweit beteiligte Organisationen keine Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 3 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer beteiligten Organisation die Vertreter und benennt die Kandidaten; die Amtsdauer der Mitglieder der Schiedsstelle beträgt in diesem Fall ein Jahr.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3), die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

VIERTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Krankenhäusern
und Kassenärzten

§ 115

**Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen
zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern
und Kassenärzten**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
4. die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch,
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Sie sind für die Krankenkassen, die Kassenärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt. Diese wird hierzu um Vertreter der Kassenärzte in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist (erweiterte Schiedsstelle). Die Vertreter der Kassenärzte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Das Nähere wird durch die Rechtsverordnung nach § 114 Abs. 5 bestimmt. Für die Kündigung der Verträge sowie die vertragliche Ablösung der von der erweiterten Schiedsstelle festgesetzten Verträge gilt § 112 Abs. 4 entsprechend.

(4) Kommt eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 bis zum 31. Dezember 1990 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

§ 116

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

§ 117

Polikliniken

Der Zulassungsausschuß (§ 96) ist verpflichtet, die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Trägern der Hochschulkliniken.

§ 118

Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind von dem Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen können von dem Zulassungsausschuß zur Durchführung von Leistungen nach Satz 1 ermächtigt werden; die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht sichergestellt ist.

(2) Die Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen ist auf diejenigen Versicherten auszu-

richten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Institutsambulanzen angewiesen sind. Der Krankenhaus-träger stellt sicher, daß die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

§ 119

Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die sozialpädiatrische Behandlung umfaßt die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auch psychologische Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.

(3) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 120

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, Polikliniken und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen werden nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhaus-träger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet.

(2) Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muß die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen und der Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

(3) Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre zu kürzen.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest.

(5) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch einen Vorteilsausgleich umfaßt, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

§ 121

Belegärztliche Leistungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 115 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Kassenärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) Die belegärztlichen Leistungen werden aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und

2. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

§ 122

Medizinisch-technische Großgeräte

(1) Krankenhäuser, Kassenärzte und Krankenkassen wirken mit den zuständigen Landesbehörden in dem Großgeräteausschuß nach Absatz 3 zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen.

(2) Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte werden unter Berücksichtigung des § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 zwischen den Beteiligten im Großgeräteausschuß abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung ist von dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von den zuständigen Stellen bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten.

(3) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird von den Beteiligten nach Satz 2 ein Großgeräteausschuß gebildet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesgesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und die Vertreter der Kassenärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

(4) Die Entscheidungen des Großgeräteausschusses werden einvernehmlich getroffen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Bei Klagen gegen Entscheidungen des Großgeräteausschusses und des Landes findet ein Vorverfahren nicht statt.

§ 123

Verfahrensregelungen

Kommt bei der Erfüllung der Aufgaben, die den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach den §§ 109 bis 111 gemeinsam obliegen, eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 213 Abs. 2 entsprechend.

FÜNFTER ABSCHNITT**Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln**

§ 124

Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Beschäftigungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren nachweist, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muß,
3. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
4. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1 und 2 erfüllen; Absatz 2 Nr. 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen gehört werden.

(5) Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen sowie der See-Krankenkasse erteilt. Die Zulassung berechtigt zur Versorgung der Versicherten.

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1, 3 oder 4 nicht mehr erfüllt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 125

Verträge

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbrin-

gern oder Verbänden der Leistungserbringer. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

SECHSTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln

§ 126

Zulassung

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Zuzulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 1 Satz 2 ab.

(3) § 124 Abs. 5 gilt entsprechend.

(4) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht mehr erfüllt. § 124 Abs. 5 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 127

Verträge

(1) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie über die Abrechnung der Festbeträge schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbringern oder den Verbänden der Leistungserbringer.

(2) In Verträgen können sich Leistungserbringer beiterklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben. Soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen über Preise. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

§ 128

Hilfsmittelverzeichnis

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen ein Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht umfaßten Hilfsmittel aufzuführen und die dafür vorgesehenen Festbeträge oder vereinbarten Preise anzugeben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Die Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer sind vor Erstellung und Fortschreibung des

Verzeichnisses anzuhören. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesarbeitsblatt bekanntzumachen.

SIEBTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern

§ 129

Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

(1) Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet zur

1. Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat,
2. Abgabe auch von preisgünstigen importierten Arzneimitteln,
3. Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen und
4. Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker regeln in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere.

(3) Der Rahmenvertrag nach Absatz 2 hat Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie

1. einem Mitgliedsverband der Spitzenorganisation angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, daß von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Apotheken haben, oder
2. dem Rahmenvertrag beitreten.

(4) Im Rahmenvertrag nach Absatz 2 ist zu regeln, welche Maßnahmen die Vertragspartner auf Landesebene ergreifen können, wenn Apotheken gegen ihre Verpflichtungen nach Absatz 1, 2 oder 5 verstoßen. Bei gröblichen und wiederholten Verstößen ist vorzusehen, daß Apotheken von der Versorgung der Versicherten bis zur Dauer von zwei Jahren ausgeschlossen werden können.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. Absatz 3 gilt entsprechend.

(6) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker ist verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach

§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 erforderlichen Daten dem Bundesausschuß sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen. Das Nähere regelt der Rahmenvertrag nach Absatz 2.

(7) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmten Frist zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 8 festgesetzt.

(8) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Apotheker in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 3 und 4 entsprechend.

(9) Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(10) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Er 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 sowie über die Verteilung der Kosten regeln.

§ 130

Rabatt

(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert.

(2) Ist für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, bemißt sich der Abschlag nach dem Festbetrag. Liegt der maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach Absatz 1 unter dem Festbetrag, bemißt sich der Abschlag nach dem niedrigeren Abgabepreis.

(3) Die Gewährung des Abschlags setzt voraus, daß die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse beglichen wird. Das Nähere regelt der Rahmenvertrag nach § 129.

§ 131

Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene können einen Vertrag über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung schließen.

(2) Der Vertrag kann sich erstrecken auf

1. die Bestimmung therapiegerechter und wirtschaftlicher Packungsgrößen und die Ausstattung der Packungen,
2. Maßnahmen zur Erleichterung der Erfassung und Auswertung von Arzneimittelpreisdaten, Arzneimittelverbrauchsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten einschließlich des Datenaustausches, insbesondere für die Ermittlung der Preisvergleichsliste (§ 92 Abs. 2) und die Festsetzung von Festbeträgen.

(3) § 129 Abs. 3 gilt für pharmazeutische Unternehmer entsprechend.

(4) Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 erforderlichen Daten dem Bundesausschuß sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen.

(5) Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, auf den äußeren Umhüllungen der Arzneimittel das Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 in einer für Apotheken maschinell erfassbaren bundeseinheitlichen Form anzugeben. Das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene in Verträgen.

ACHTER ABSCHNITT

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 132

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe

(1) Die Krankenkasse kann zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege und von Haushaltshilfe geeignete Personen anstellen. Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirt-

schaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge zu schließen.

(2) Die Krankenkasse hat darauf zu achten, daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.

§ 133

Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) Soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und über das Entgelt für andere Krankentransporte mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind, oder
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist.

(3) Absatz 1 gilt auch für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

§ 134

Vergütung von Hebammenleistungen

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspfleger, soweit diese Leistungen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung umfaßt sind. In der Verordnung sind auch die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkasse zu regeln. Hebammen und Entbindungspfleger sind nicht berechtigt, weitergehende Ansprüche an die Versicherte zu stellen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Hebammen und Entbindungspfleger sind vor der Vergütungsfestsetzung zu hören.

NEUNTER ABSCHNITT

Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

§ 135

Qualitätssicherung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der kassen- und vertragsärztlichen und kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

(2) Für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Vertragspartner der Bundesmantelverträge sowie die Vertragspartner der vertragsärztlichen Versorgung einheitliche Qualifikationserfordernisse für die an der kassen- und vertragsärztlichen und kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.

(4) Die Vertragspartner der kassenzahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene sowie die Vertragspartner der vertragszahnärztlichen Versorgung haben auch einheitliche Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz sowie die Dauer der Gewährleistung, die ein Jahr nicht unterschreiten darf, zu vereinbaren. Vor der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(5) Die an der kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte, die zahntechnische Leistungen in praxiseigenen Labors erbringen, haben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Anga-

ben zur personellen und technischen Ausstattung des Labors mitzuteilen. Auf Verlangen sind die Angaben den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden zu übermitteln.

(6) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt nach Anhörung der maßgeblichen Verbände des Zahntechnikerhandwerks in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Maßstäbe und Grundsätze für die Auswahl ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Dentallegierungen durch den Kassenzahnarzt. Soweit erforderlich, kann er auch entsprechende Qualitätsanforderungen für die Dentallegierungen festlegen.

§ 136

Qualitätsprüfung im Einzelfall

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen entwickeln in Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Absatz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.

§ 137

Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112 und für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 111 geregelt. In den Verträgen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind. Für das Prüfungsverfahren bei Krankenhäusern gilt § 113.

§ 138

Neue Heilmittel

Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen

anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

§ 139

Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich sollen zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, funktionsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln für bestimmte Hilfsmittel Qualitätsstandards entwickeln. Die Qualitätsstandards sind im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 zu veröffentlichen.

(2) Voraussetzung der Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis ist, daß der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachweist. Über die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, nachdem der Medizinische Dienst die Voraussetzungen geprüft hat.

ZEHNTER ABSCHNITT

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

§ 140

Eigeneinrichtungen

(1) Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiterbetreiben.

(2) Sie dürfen neue Eigeneinrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können.

FÜNFTE KAPITEL

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 141

Konzertierte Aktion

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln gemeinsam mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und

2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Auf der Grundlage der medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sind die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben, insbesondere hinsichtlich des Abbaus von Überversorgung und des Ausgleichs von Unterversorgung, zu bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

(2) Die Konzertierte Aktion gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Die Beteiligten berichten über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1991, über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

§ 142

Unterstützung der Konzierten Aktion

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beratungen der Konzierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann einen Sachverständigenrat berufen, der die Konzertierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt.

SECHSTES KAPITEL

Organisation der Krankenkassen

ERSTER ABSCHNITT

Arten der Krankenkassen

ERSTER TITEL

Ortskrankenkassen

§ 143

Bezirke der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für örtliche Bezirke, in der Regel für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise.

(2) Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung die Bezirke der Ortskrankenkassen den Grenzen der Gebietskörperschaften anpassen. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

§ 144

Freiwillige Vereinigung

(1) Ortskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung und einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei.

(3) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

§ 145

Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. der Bedarfssatz der antragstellenden Krankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Ortskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert überschritten hat,
2. ein Finanzausgleich nach § 266 bei der antragstellenden Krankenkasse zu einem Beitragssatz führen

würde, der den durchschnittlichen Beitragssatz aller Ortskrankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt, und

3. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(2) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 269 ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 270 Satz 4 Nr. 1 und 2 genannten Beträge im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen und die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1.

§ 146

Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Werden Ortskrankenkassen nach § 145 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

(4) Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird. Absatz 3 gilt.

ZWEITER TITEL

Betriebskrankenkassen

§ 147

Errichtung

(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens vierhundertfünfzig Versicherungspflichtige beschäftigt werden,

2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist und

3. sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet.

(2) Der Arbeitgeber bestellt auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen.

§ 148

Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 147 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht vierhundertfünfzig Mitglieder haben wird. Die Aufsichtsbehörde gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der abstimmenden im Betrieb beschäftigten volljährigen Arbeitnehmer, die der Krankenkasse nach der Errichtung angehören oder angehören können. Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde leitet die Abstimmung. Die Abstimmung ist geheim.

(3) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.

§ 149

Ausdehnung auf weitere Betriebe

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 147 Abs. 1 Nr. 3 und § 148 gelten entsprechend.

§ 150

Freiwillige Vereinigung

(1) Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Arbeitgebers können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Das gleiche gilt für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, wenn die Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 151

Ausscheiden von Betrieben

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden.

(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.

§ 152

Auflösung

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn die Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

§ 153

Schließung

Eine Betriebskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

§ 154

Auseinandersetzung

Treten wegen des Ausscheidens eines Betriebes aus einer Betriebskrankenkasse oder wegen der Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse Mitglieder dieser Krankenkasse zu anderen Krankenkassen über, findet eine Auseinandersetzung über das Vermögen statt. Beim Ausscheiden kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn die beteiligten Krankenkassen dies beantragen. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Krankenkasse.

§ 155

**Abwicklung der Geschäfte,
Haftung für Verpflichtungen**

(1) Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wickelt die Geschäfte ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Betriebskrankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert.

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen aufgrund zwischen- oder überstaatlichen Rechts.

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, ist es auf die Krankenkassen zu verteilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder. Die Sätze 1 und 2 gelten auch im Fall des Ausscheidens nach § 151.

(4) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen.

§ 156

Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die §§ 147 bis 155 Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.

DRITTER TITEL**Innungskrankenkassen**

§ 157

Errichtung

(1) Eine oder mehrere Handwerksinnungen können für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, eine Innungskrankenkasse errichten.

(2) Eine Innungskrankenkasse darf nur errichtet werden, wenn

1. in den Handwerksbetrieben der Mitglieder der Handwerksinnung regelmäßig mindestens vier-

hundertfünfzig Versicherungspflichtige beschäftigt werden,

2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist und
3. sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet.

§ 158

Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Innungskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 157 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht vierhundertfünfzig Mitglieder haben wird. Die Aufsichtsbehörde gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung sowie des Gesellenausschusses der Handwerksinnung.

(3) Für das Verfahren gilt § 148 Abs. 2 Satz 2 und 3 und Abs. 3 entsprechend. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Handwerksinnung.

§ 159

Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen

(1) Wird eine Handwerksinnung, die allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen eine Innungskrankenkasse errichtet hat (Trägerinnung), mit einer anderen Handwerksinnung vereinigt, für die keine Innungskrankenkasse besteht, so gehören die in den Betrieben der anderen Handwerksinnung versicherungspflichtigen Beschäftigten der Innungskrankenkasse an, wenn der Gesellenausschuß der vereinigten Handwerksinnung zustimmt; § 157 Abs. 2 Nr. 2 und 3 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Trägerinnung ihren Zuständigkeitsbereich örtlich oder sachlich erweitert. § 158 gilt entsprechend.

(2) Wird auf Grund von Änderungen des Handwerksrechts der Kreis der Innungsmitglieder einer Trägerinnung verändert, hat die zuständige Aufsichtsbehörde den Mitgliederkreis der Innungskrankenkasse entsprechend anzupassen. Sind von der Anpassung mehr als 450 Beschäftigte von Innungsmitgliedern der Trägerinnung betroffen, gelten die §§ 157, 158 entsprechend.

(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, trifft die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörde, die nach der Anpassung zuständig ist. Sie gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.

§ 160

Vereinigung von Innungskrankenkassen

(1) Innungskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen miteinander vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde. Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Trägerinnungen vereinigen. Für das Verfahren gilt § 146 entsprechend.

(3) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Innungskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Innungskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Innungskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen. Die §§ 145 und 146 gelten entsprechend.

§ 161

Ausscheiden einer Handwerksinnung

Eine Handwerksinnung kann das Ausscheiden aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse beantragen. Über den Antrag auf Ausscheiden entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.

§ 162

Auflösung

Eine Innungskrankenkasse kann auf Antrag der Innungsversammlung nach Anhörung des Gesellenausschusses, eine gemeinsame Innungskrankenkasse auf Antrag aller Innungsversammlungen nach Anhörung der Gesellenausschüsse aufgelöst werden, wenn die Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

§ 163

Schließung

Eine Innungskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. die Handwerksinnung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Handwerksinnungen aufgelöst werden,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

§ 164

**Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte,
Haftung bei Verpflichtungen,
Dienstordnungsangestellte**

(1) Bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen gelten die §§ 154 und 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat die Handwerksinnung die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Handwerksinnungen beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Besteht kein Landesverband mehr, hat der Bundesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen.

(2) Die Versorgungsansprüche der am Tage der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

(3) Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine vom Landesverband der Innungskrankenkassen nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen Innungskrankenkasse anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Mißverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. Den übrigen Beschäftigten ist bei dem Landesverband der Innungskrankenkassen oder einer anderen Innungskrankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung zuzumuten ist.

(4) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 3 untergebracht werden, enden mit dem Tage der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

(5) Für die Haftung aus den Verpflichtungen nach den Absätzen 2 bis 4 gilt Absatz 1 entsprechend.

**VIERTER TITEL
See-Krankenkasse**

§ 165

Errichtung, Organe

(1) Die See-Krankenversicherung wird von der Seekasse (§ 1375 der Reichsversicherungsordnung) in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Krankenkasse durchgeführt.

(2) Die Vertreterversammlung der Seekasse erläßt für die See-Krankenkasse eine eigene Satzung, nach der die Organe der Seekasse die See-Krankenkasse verwalten.

(3) Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Krankenkasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen.

ren. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Das für die See-Krankenkasse bestimmte Vermögen darf nur für deren Zwecke verwendet werden.

(4) Die Versicherten der See-Krankenkasse erhalten die ihnen zustehenden Leistungen im Auftrage und für Rechnung dieser Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnortes, soweit sie nicht durch die See-Krankenkasse selbst gewährt werden. Die Satzung kann bestimmen, daß andere Krankenkassen mit der Leistungsgewährung beauftragt werden. Hat die See-Krankenkasse eigene Verträge geschlossen, sind diese maßgebend; im übrigen gelten die Verträge der beauftragten Krankenkasse. Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Krankenkasse neben den Leistungsaufwendungen 5 vom Hundert dieses Betrages als Verwaltungskosten zu erstatten. § 91 Abs. 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

FÜNFTER TITEL

Landwirtschaftliche Krankenkassen

§ 166

Landwirtschaftliche Krankenkassen

Träger der Krankenversicherung der Landwirte sind die in § 17 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vorgesehenen Krankenkassen. Es gelten die Vorschriften der Gesetze über die Krankenversicherung der Landwirte.

**SECHSTER TITEL
Bundesknappschaft**

§ 167

Bundesknappschaft

Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von der Bundesknappschaft durchgeführt. Es gelten die Vorschriften dieses Buches sowie ergänzend die Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes für die knappschaftliche Krankenversicherung einschließlich der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

**SIEBTER TITEL
Ersatzkassen**

§ 168

Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen sind Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes, sondern durch Ausübung des Wahlrechts erlangen.

(2) Eine Ersatzkasse darf nur solche Personen aufnehmen, die im Zeitpunkt der Aufnahme zu dem Mitgliederkreis gehören, den die Satzung in der am 1. Ja-

nuar 1974 von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fassung festgeschrieben hat und der durch Artikel 1 § 1 Nr. 22 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), durch Artikel 1 § 4 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), durch § 51 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705) sowie zuletzt durch dieses Buch erweitert worden ist. Voraussetzung für die Aufnahme ist, daß diese Personen in dem durch die Satzung bestimmten Bezirk wohnen oder arbeiten.

(3) Die Kaufmännische Krankenkasse — KKH kann ihren Mitgliederkreis durch Satzung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ändern, wenn die von der Änderung betroffenen Personen auch ohne die Satzungsänderung ein Wahlrecht zu mehreren Ersatzkassen haben.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Mitgliederkreis entsprechend ändern, wenn die Berufsbilder der Mitglieder geändert werden, oder ihn bei betriebsartenbezogenen Ersatzkassen genauer bestimmen, wenn sich ohne eine solche Klarstellung Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben.

§ 169

Auflösung

Eine Ersatzkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder aufgelöst werden. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

§ 170

Schließung

Eine Ersatzkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

§ 171

Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

Bei Auflösung und Schließung gelten die §§ 154 und 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Verband, dem die Ersatzkasse angehörte, die Verpflichtungen zu erfüllen.

ACHTER TITEL

Anhörung bei organisatorischen Änderungen

§ 172

Anhörungsrecht der Verbände

Vor Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören.

ZWEITER ABSCHNITT

Zuständigkeit und Wahlrechte

ERSTER TITEL

Zuständigkeit der Krankenkassen

§ 173

Zuständigkeit der Ortskrankenkassen

Versicherungspflichtige sind Mitglieder der Ortskrankenkasse, wenn in den folgenden Vorschriften, im Arbeitsförderungsgesetz oder im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte nichts Abweichendes bestimmt ist. Für versicherungspflichtig Beschäftigte ist die Ortskrankenkasse des Beschäftigungsorts, für andere Versicherungspflichtige die Ortskrankenkasse des Wohnorts zuständig.

§ 174

Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen

Versicherungspflichtige, die in einem Betrieb oder Dienstbetrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Betriebskrankenkasse.

§ 175

Zuständigkeit der Innungskrankenkassen

(1) Versicherungspflichtige, die in einem Handwerksbetrieb eines Mitglieds einer Handwerksinnung beschäftigt sind, für die eine Innungskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Innungskrankenkasse. § 174 bleibt unberührt.

(2) Tritt ein Handwerker einer Handwerksinnung bei, für die eine Innungskrankenkasse besteht, beginnt die Mitgliedschaft der in seinem Handwerksbetrieb versicherungspflichtig Beschäftigten bei dieser Innungskrankenkasse mit dem Tage des Beitritts zur Handwerksinnung. Scheidet ein Handwerker aus der Handwerksinnung aus oder verlegt er seinen Handwerksbetrieb aus dem Innungsbezirk hinaus, endet die Mitgliedschaft der bei ihm versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Innungskrankenkasse.

§ 176

Zuständigkeit der See-Krankenkasse

Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind,

sowie ferner

3. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
4. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.

§ 177

Zuständigkeit der Bundesknappschaft

Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind die in einem knappschaftlichen Betrieb Beschäftigten sowie die Beschäftigten, die nach dem Reichsknappschaftsgesetz oder nach anderen Vorschriften knappschaftlich zu versichern sind.

§ 178

Zuständigkeit für Mehrfachbeschäftigte

Stehen versicherungspflichtig Beschäftigte gleichzeitig in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, für die verschiedene Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung. Im Zweifel ist das Beschäftigungsverhältnis maßgebend, das zuerst begründet wurde.

§ 179

Zuständigkeit für unständig Beschäftigte

(1) Personen, die berufsmäßig unständigen Beschäftigungen nachgehen, in denen sie versicherungspflichtig sind (unständig Beschäftigte), gehören der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse an.

(2) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.

§ 180

Zuständigkeit für Beschäftigte bei einer Krankenkasse

(1) Die bei einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer sind Mitglieder dieser Krankenkasse.

(2) Die bei einer Ersatzkasse beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer können Mitglieder dieser Ersatzkasse werden.

§ 181

Zuständigkeit für besondere Personengruppen

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 10 Versicherungspflichtigen gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren.

§ 182

Zuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller

(1) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Personen (versicherungspflichtige Rentner) und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren, soweit Absatz 2 und 3 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Rentner und Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist.

(3) Wird eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse neu errichtet, gehören ihr auch versicherungspflichtige Rentner an, die während ihres letzten Beschäftigungsverhältnisses Mitglieder dieser Krankenkasse gewesen wären, wenn sie bereits bestanden hätte. Satz 1 gilt auch für die versicherten Hinterbliebenen.

ZWEITER TITEL**Wahlrechte der Mitglieder**

§ 183

Wahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte

(1) Versicherungspflichtig Beschäftigte, für die eine Orts-, Betriebs- oder eine Innungskrankenkasse zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse wählen, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf. Mitglied der gewählten Ersatzkasse kann bleiben, wer nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu diesem Mitgliederkreis verliert.

(2) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der Ersatzkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(3) Der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber unverzüglich die Wahl der Ersatzkasse mitzuteilen. Diese hat dem Arbeitgeber den Beginn der Mitgliedschaft unverzüglich und kostenlos zu bescheinigen.

(4) Mitglieder von Ersatzkassen können die Mitgliedschaft bei der zuständigen Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen.

(5) Wird das Wahlrecht innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung ausgeübt und dies dem Arbeitgeber mitgeteilt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats. Scheidet ein versicherungspflichtig Beschäftigter aus einer Krankenkasse aus, hat diese dem Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen das Ende der Mitgliedschaft schriftlich mitzuteilen.

§ 184

Wahlrechte besonderer Personengruppen

(1) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen und Behinderte können die Mitgliedschaft bei

1. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,
2. der Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist,
3. der Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist, oder
4. jeder Ersatzkasse wählen.

(2) Versicherungspflichtige Studenten können die Mitgliedschaft bei der für den Sitz der Hochschule oder der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder bei einer Ersatzkasse für Angestellte wählen.

(3) Versicherungspflichtige Rentner können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt, die Mitgliedschaft bei

1. ihrer früheren Krankenkasse wählen, wenn wegen der Aufnahme einer Beschäftigung während des Rentenbezugs eine andere Krankenkasse zuständig ist,
2. einer Ersatzkasse wählen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder dieser Ersatzkasse hätten sein können.

Absatz 1 Nr. 1 und 3 gilt entsprechend.

(4) Hinterbliebene können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der die Person, aus

deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt Mitglied war, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt.

(5) Versicherungspflichtige Rentner und Hinterbliebene, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei

1. der Krankenkasse wählen, bei der sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt vor Rentenantragstellung versichert waren, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied bei der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht,
2. der Krankenkasse wählen, bei der der Ehegatte versichert ist.

(6) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(7) Wird das Wahlrecht innerhalb eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Eintritt der Versicherungspflicht. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.

(8) Bei versicherungspflichtigen Rentnern beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse abweichend von Absatz 7 Satz 1 mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.

§ 185

Wahlrecht für freiwillige Mitglieder

(1) Freiwillige Mitglieder können Mitglied der Krankenkasse bleiben, der sie vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört haben.

(2) Beitrittsberechtigte nach § 9 und freiwillige Mitglieder können die Mitgliedschaft wählen bei

1. der Krankenkasse, der sie angehören würden, wenn sie versicherungspflichtig wären,
2. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,
3. der Krankenkasse, bei der unmittelbar vor Beginn der freiwilligen Versicherung eine Versicherung nach § 10 bestand oder bestanden hätte, wenn die Ausschlußgründe des § 10 Abs. 3 nicht vorgelegen hätten, oder
4. einer Ersatzkasse, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf.

(3) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

DRITTER ABSCHNITT
Mitgliedschaft und Verfassung

ERSTER TITEL
Mitgliedschaft

§ 186

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(2) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter (§ 179 Abs. 2) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht feststellt, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.

(3) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tag, an dem die Künstlersozialkasse die Versicherungspflicht feststellt. Beruht die Feststellung auf einer Meldung des Mitglieds nach § 16 Abs. 1 des Künstlersozialversicherungsgesetzes, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag des Eingangs der Meldung, frühestens mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Versicherung erfüllt sind. Bei einer Versicherung auf Antrag nach § 6 Abs. 3 des Künstlersozialversicherungsgesetzes beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag des Eingangs des Antrages.

(4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Behindertener beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für Behinderte, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

(8) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentnantrags.

§ 187

**Beginn der Mitgliedschaft
bei einer neu errichteten Krankenkasse**

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse beginnt für Versicherungspflichtige, für die diese Krankenkasse zuständig ist, mit dem Zeitpunkt, an dem die Errichtung der Krankenkasse wirksam wird.

§ 188

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

§ 189

Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 versicherungsfrei sind.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

§ 190

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis endet.

(3) Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 erlischt, endet zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt.

(4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.

(5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem Tag, an dem die Künstlersozialkasse feststellt, daß das Mitglied nicht mehr versicherungspflichtig ist. Sie endet ohne diese Feststellung mit dem Beginn des Tages, an dem nach § 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes Versicherungsfreiheit eintritt.

(6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.

(8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen Behinderten in anerkannten Werkstätten für Behinderte, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet sieben Monate nach Beginn des Semesters, für das sie zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, spätestens mit der Exmatrikulation.

(10) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tage der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten endet mit dem Tag der Aufgabe der Beschäftigung.

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(12) Bei einer Ersatzkasse endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu den in den Absätzen 2 bis 11 genannten Zeitpunkten nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Absatz 3 Satz 2 gilt.

§ 191

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden, oder
4. mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, wenn die Satzung nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt.

§ 192

Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

1. das Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, längstens für einen Monat, im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung,
2. Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder Erziehungsgeld bezogen wird oder
3. von einem Rehabilitationsträger während einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

§ 193

Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzugewähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes nicht unterbrochen.

(2) Bei Versicherungspflichtigen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie bei freiwilligen Mitgliedern berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes eine bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Zivildienst entsprechend.

ZWEITER TITEL Satzung, Organe

§ 194

Satzung der Krankenkassen

(1) Die Satzung muß insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen und Sitz der Krankenkasse,
2. Bezirk der Krankenkasse und Kreis der Mitglieder,
3. Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,
4. Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge,
5. Zahl der Mitglieder der Organe,
6. Rechte und Pflichten der Organe,
7. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
8. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder,
9. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
10. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
11. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Satzung darf keine Bestimmungen enthalten, die den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen. Sie darf Leistungen nur vorsehen, soweit dieses Buch sie zuläßt.

§ 195

Genehmigung der Satzung

(1) Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(2) Ergibt sich nachträglich, daß eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, kann die Aufsichtsbehörde anordnen, daß die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist die erforderliche Änderung vornimmt. Kommt die Krankenkasse der Anordnung nicht innerhalb dieser Frist nach, kann die Aufsichtsbehörde die erforderliche Änderung anstelle der Krankenkasse selbst vornehmen.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn die Satzung wegen nachträglich eingetretener Umstände einer Änderung bedarf.

§ 196

Einsichtnahme in die Satzung

(1) Die geltende Satzung kann in den Geschäftsräumen der Krankenkasse während der üblichen Geschäftsstunden eingesehen werden.

(2) Jedes Mitglied erhält unentgeltlich ein Merkblatt über Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung, über Beitrittsrechte sowie die von der Krankenkasse zu gewährenden Leistungen und über die Beiträge.

§ 197

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands und des Geschäftsführers wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
5. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen und
6. über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

VIERTER ABSCHNITT

Meldungen

§ 198

Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte

Der Arbeitgeber hat die versicherungspflichtig Beschäftigten nach den §§ 28 a bis 28 c des Vierten Buches an die zuständige Krankenkasse zu melden.

§ 199

Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung

(1) Unständig Beschäftigte haben der nach § 179 Abs. 1 zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der berufsmäßigen Ausübung von unständigen Beschäftigungen unverzüglich zu melden. Der Arbeitgeber hat die unständig Beschäftigten auf ihre Meldepflicht hinzuweisen.

(2) Gesamtbetriebe, in denen regelmäßig unständig Beschäftigte beschäftigt werden, haben die sich aus diesem Buch ergebenden Pflichten der Arbeitgeber zu übernehmen. Welche Einrichtungen als Gesamtbetriebe gelten, richtet sich nach Landesrecht.

§ 200

Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

(1) Eine Meldung nach § 28 a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches hat zu erstatten

1. für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder in Werkstätten für Behinderte, Blindenwerkstätten, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind, der Träger dieser Einrichtung,
2. für Personen, die an berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation teilnehmen, der zuständige Rehabilitationsträger,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, der zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichtete.

§ 28 a Abs. 5 sowie die §§ 28 b und 28 c des Vierten Buches gelten entsprechend.

(2) Die staatlichen und die staatlich anerkannten Hochschulen haben versicherungspflichtige Studenten, die Ausbildungsstätten versicherungspflichtige Praktikanten und zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsengelt Beschäftigte der zuständigen Krankenkasse zu melden. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren.

§ 201

Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

(1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene nach § 184 Abs. 3, 4 oder 5 eine andere Krankenkasse, hat die Krankenkasse, die die Erklärung entgegennimmt, dies der bisher zuständigen Krankenkasse mitzuteilen.

(3) Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrages,
3. bei Ablehnung des Rentenantrages den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und Ruhen der Rente sowie
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

(5) Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 4 Nr. 4 genannten Gründen endet.

§ 202

Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge unverzüglich mitzuteilen. Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen Versorgungsempfängern hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzuzeigen und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen mitzuteilen. Die Krankenkasse kann mit der Zahlstelle der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

§ 203

Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld

Die Zahlstelle des Erziehungsgeldes hat der zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der Zahlung des Erziehungsgeldes unverzüglich mitzuteilen.

§ 204

Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen das Arbeitsamt den Beginn des Wehrdienstes sowie das

Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 4 des Wehrpflichtgesetzes hat der Bundesminister der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle zu melden. Sonstige Versicherte haben die Meldungen nach Satz 1 selbst zu erstatten.

(2) Absatz 1 gilt für den Zivildienst entsprechend. An die Stelle des Bundesministers der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.

§ 205

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 206

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

SIEBTES KAPITEL

Verbände der Krankenkassen

§ 207

Bildung und Vereinigung von Landesverbänden

(1) In jedem Land bilden

die Ortskrankenkassen einen Landesverband der Ortskrankenkassen,

die Betriebskrankenkassen einen Landesverband der Betriebskrankenkassen,

die Innungskrankenkassen einen Landesverband der Innungskrankenkassen.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen gehören vorbehaltlich des § 212 Abs. 1 Satz 2 dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben. Andere Krankenkassen können den Landesverbänden beitreten.

(2) Bestehen in einem Land am 1. Januar 1989 mehrere Landesverbände, bestehen diese fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagt. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Satz 1 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.

(3) Länderübergreifende Landesverbände bestehen fort, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden in den betroffenen Ländern ihre Zustimmung bis zum 31. Dezember 1989 versagt. Jede dieser obersten Verwaltungsbehörden der Länder kann ihre Zustimmung unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Wird die Zustimmung versagt oder widerrufen, regeln die beteiligten Länder die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen einvernehmlich.

(4) Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse der gleichen Art, nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes.

(5) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Landesverbände der gleichen Krankenkassenart zu einem Verband zusammenschließen. Das gilt auch, wenn die Landesverbände ihren Sitz in verschiedenen Ländern haben.

§ 208

Aufsicht
Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen,
Geschäftsführer, Statistiken

(1) Die Landesverbände unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem sie ihren Sitz haben.

(2) Für die Aufsicht gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 und für den Geschäftsführer § 31 Abs. 1 Satz 2, § 36 Abs. 2 Satz 1 und § 37 Abs. 2 des Vierten Buches. Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 entsprechend.

§ 209

Selbstverwaltungsorgane der Landesverbände

(1) Bei den Landesverbänden der Krankenkassen werden als Selbstverwaltungsorgane je eine Vertreterversammlung und ein Vorstand nach näherer Bestimmung ihrer Satzungen gebildet. In den Vertreterversammlungen der Landesverbände müssen alle Mitgliedskassen vertreten sein. Umfaßt der Landesverband mehr als fünfzig Mitgliedskassen, kann die Satzung Abweichendes bestimmen.

(2) Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. Die Zahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane muß in einem angemessenen Verhältnis zur Mitgliederzahl und den Aufgaben der Landesverbände stehen.

(3) Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden von den Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen aus deren Reihen gewählt.

(4) Für die Selbstverwaltungsorgane, die Geschäftsführer und die gewählten Stellvertreter der Geschäftsführer gilt § 197 Nr. 5 und 6 entsprechend. § 33 Abs. 1 und 2, § 35 Abs. 1 und 2, § 36 Abs. 1, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3 und 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches sowie § 15 Abs. 6 und 7 des Selbstverwaltungsgesetzes gelten entsprechend.

§ 210

Satzung der Landesverbände

(1) Jeder Landesverband hat durch seine Vertreterversammlung eine Satzung aufzustellen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes. Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz des Verbandes,
2. Zahl und Wahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Vertreter,
3. Entschädigungen für Organmitglieder,
4. Öffentlichkeit der Vertreterversammlung,
5. Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
6. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
8. Art der Bekanntmachungen.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Satzung muß ferner Bestimmungen darüber enthalten, daß die von den Bundesverbänden abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92, 135 Abs. 3 und § 282 für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind.

§ 211

Aufgaben der Landesverbände

(1) Die Landesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die Landesverbände unterstützen die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung,
2. Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von der Mitgliedskasse hierzu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung der Mitgliedskassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,
5. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedskassen,
6. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedskassen Beschäftigten,
7. Arbeitstagungen,
8. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren in Abstimmung mit den Mitgliedskassen.

(3) Die Landesverbände sollen die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen.

§ 212

Bundesverbände, Bundesknappschaft, Verbände der Ersatzkassen

(1) Die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen bilden jeweils einen Bundesverband. Dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen gehören außerdem die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes an.

(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden bei dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung nimmt die Bundesknappschaft die Aufgaben eines Bundesverbands und eines Landesverbands wahr.

(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

(5) Die Ersatzkassen können sich zu Verbänden zusammenschließen. Die Verbände haben in der Satzung ihre Zwecke und Aufgaben festzusetzen. Die Satzungen bedürfen der Genehmigung, der Antrag auf Eintragung in das Vereinsregister der Einwilligung der Aufsichtsbehörde.

§ 213

Spitzenverbände

(1) Spitzenverbände der Krankenkassen sind die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse.

(2) Die Spitzenverbände sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlußfassung durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse, zwei Vertreter der Ersatzkassen und je einen Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft. Beschlüsse bedürfen der Mehrheit der in Satz 2 genannten Vertreter der Spitzenverbände. Das Verfahren zur Beschlußfassung regeln die Spitzenverbände in einer Geschäftsordnung.

(3) Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, entscheidet der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft; einer Fristsetzung bedarf es nicht, soweit die Spitzenverbände die Festbeträge für die in § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 genannten Arzneimittel nicht bis zum 30. Juni 1989 festgelegt haben. Die Entscheidung ist im Bundesarbeitsblatt bekanntzumachen.

(4) Die Spitzenverbände können Arbeitsgemeinschaften zur Abstimmung untereinander und zur wis-

senschaftlichen Unterstützung ihrer Mitglieder einrichten.

§ 214

Aufsicht

(1) Die Bundesverbände unterstehen der Aufsicht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. § 208 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Die Verbände der Ersatzkassen unterstehen der Aufsicht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. § 208 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(3) Die Aufsicht über die Verbände der Ersatzkassen und den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung dem Bundesversicherungsamt ganz oder teilweise übertragen.

§ 215

Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände

(1) Für die Selbstverwaltungsorgane, die Geschäftsführer und die gewählten Stellvertreter der Geschäftsführer der Bundesverbände gilt § 209 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Bei der Bildung der Selbstverwaltungsorgane des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen sind Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes entsprechend ihrer Mitgliederzahl angemessen zu berücksichtigen.

§ 216

Satzung der Bundesverbände

Jeder Bundesverband hat durch seine Vertreterversammlung eine Satzung aufzustellen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. § 210 Abs. 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 217

Aufgaben der Bundesverbände

(1) Die Bundesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die Bundesverbände unterstützen die Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung, auch durch Zeitschriften,
2. Aufstellung und Auswertung von Statistiken zu Verbandszwecken,
3. Abschluß von Verträgen für die Mitglieder und für die Krankenkassen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von den Mitgliedern hierzu bevollmächtigt sind,

4. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen ihren Mitgliedern sowie zwischen den Mitglieds-kassen verschiedener Landesverbände,
5. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedern und bei den Krankenkassen Beschäftigten,
6. Arbeitstagungen,
7. Forschung,
8. Übernahme der Vertretung der Mitglieder und der Krankenkassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,
9. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Krankenkassen.

(3) Die Bundesverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitglieds-kassen Grundsatzentscheidungen zur Regelung der

1. Vergütungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt,
2. Gesundheitsvorsorge,
3. Rehabilitation,
4. Erprobung

treffen. Entscheidungen hierüber werden mit der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen getroffen.

(4) Die Bundesverbände sollen die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen.

§ 218

Regionale Kassenverbände

(1) Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen können sich durch übereinstimmenden Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einem Kassenverband vereinigen, wenn sie ihren Sitz im Bezirk desselben Versicherungsamtes haben.

(2) Mit Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes kann sich ein Kassenverband über die Bezirke oder Bezirkeile mehrerer Versicherungsämter erstrecken.

§ 219

Arbeitsgemeinschaften

Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden.

§ 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

ACHTES KAPITEL

Finanzierung

ERSTER ABSCHNITT

Beiträge

ERSTER TITEL

Aufbringung der Mittel

§ 220

Grundsatz

(1) Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beiträge sind so zu bemessen, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Für die Bemessung sind der Betrag der vorgesehenen Einnahmen um den zu Beginn des Haushaltsjahres vorhandenen Betriebsmittelüberschuß und der Betrag der vorgesehenen Ausgaben um die erforderliche Auffüllung des Betriebsmittelbestandes zu erhöhen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, daß die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage und der Inanspruchnahme eines Darlehens aus der Gesamtrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, sind die Beiträge zu erhöhen. Muß eine Krankenkasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder herzustellen, dringend ihre Einnahmen vermehren, hat der Vorstand zu beschließen, daß die Beiträge bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht werden; der Beschluß bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluß zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung der Beiträge an.

(3) Übersteigen die Einnahmen der Krankenkasse die Ausgaben und ist das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht, sind die Beiträge durch Änderung der Satzung zu ermäßigen.

§ 221

Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Ortskrankenkassen

(1) Decken bei einer Ortskrankenkasse Beiträge in Höhe von 12 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben nicht, ist eine Erhöhung der Beiträge nur möglich, wenn ihr die stimmberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung jeweils mehrheitlich zustimmen.

(2) Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, setzt die Aufsichtsbehörde auf Vorschlag des Vorstands die

Beiträge so fest, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben der Krankenkasse decken, oder vereinigt die Krankenkasse mit anderen Ortskrankenkassen. Für das Verfahren bei Vereinigung gilt § 146 entsprechend.

§ 222

Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen

(1) Decken bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beiträge in Höhe von 12 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben nicht, ist eine Erhöhung der Beiträge nur möglich, wenn ihr die stimmberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung jeweils mehrheitlich zustimmen.

(2) Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, setzt die Aufsichtsbehörde auf Vorschlag des Vorstands die Beiträge so fest, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben der Krankenkasse decken, oder schließt die Krankenkasse. Für das Verfahren bei Schließung gelten die §§ 154, 155 und 164 entsprechend. Bei Innungskrankenkassen kann die Aufsichtsbehörde auch die Krankenkasse mit anderen Innungskrankenkassen vereinigen. Für das Verfahren bei Vereinigung gilt § 160 entsprechend.

§ 223

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 224

Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld

Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Erziehungsgeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

§ 225

Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

1. als hinterbliebener Ehegatte eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragt,
2. als Waise eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Waisenrente beantragt oder
3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. § 226 Abs. 2 gilt entsprechend.

ZWEITER TITEL

Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

§ 226

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

§ 227

**Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
als beitragspflichtige Einnahmen**

(1) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt versicherungspflichtig Beschäftigter ist dem Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen, in dem es gezahlt wird, soweit die Absätze 2 und 4 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Beendigung oder bei Ruhen des Beschäftigungsverhältnisses gezahlt wird, ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des laufenden Kalenderjahres zuzuordnen, auch wenn dieser nicht mit Arbeitsentgelt belegt ist.

(3) Das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt ist bei der Feststellung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts für versicherungspflichtig Beschäftigte zu berücksichtigen, soweit das bisher gezahlte beitragspflichtige Arbeitsentgelt die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht erreicht. Die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze ist der Teil der Jahresarbeitsentgeltgrenze, der der Dauer aller Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr bis zum Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraums entspricht, dem einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zuzuordnen ist; auszunehmen sind Zeiten, die nicht mit Beiträgen aus laufendem (nicht einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt belegt sind.

(4) In der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des vergangenen Kalenderjahres zuzuordnen, wenn es vom Arbeitgeber dieses Entgeltabrechnungszeitraums gezahlt wird und zusammen mit dem sonstigen für das laufende Kalenderjahr festgestellten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 3 Satz 2 übersteigt. Satz 1 gilt nicht für nach dem 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Absatz 2 einem in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März liegenden Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen ist.

§ 228

Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne die darin enthaltenen Kinderzuschüsse.

(2) Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird.

§ 229

**Versorgungsbezüge als beitragspflichtige
Einnahmen**

(1) Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben

a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,

b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,

c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und

d) bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung.

2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,

3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,

4. laufende Geldleistungen und Landabgaberenten nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,

5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung.

Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.

§ 230

**Rangfolge der Einnahmearten
versicherungspflichtig Beschäftigter**

Erreicht das Arbeitsentgelt nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 231

Erstattung von Beiträgen

(1) Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden dem Mitglied durch die Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben.

(2) Die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung werden dem Mitglied durch die zuständige Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Der auf diese Beiträge entfallende Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, den das Mitglied zu seiner Rente erhalten hat, ist von dem Erstattungsbetrag abzuziehen. Die Satzung der Krankenkasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen.

§ 232

**Beitragspflichtige Einnahmen
unständig Beschäftigter**

(1) Für unständig Beschäftigte ist als beitragspflichtige Einnahmen ohne Rücksicht auf die Beschäftigungsdauer das innerhalb eines Kalendermonats erzielte Arbeitsentgelt bis zur Höhe von einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) zugrunde zu legen. Die §§ 226 bis 231 gelten.

(2) Bestanden innerhalb eines Kalendermonats mehrere unständige Beschäftigungen und übersteigt das Arbeitsentgelt insgesamt die genannte monatliche Bemessungsgrenze nach Absatz 1, sind bei der Berechnung der Beiträge die einzelnen Arbeitsentgelte anteilmäßig nur zu berücksichtigen, soweit der Gesamtbetrag die monatliche Bemessungsgrenze nicht übersteigt. Auf Antrag des Mitglieds oder eines Arbeitgebers verteilt die Krankenkasse die Beiträge nach den anrechenbaren Arbeitsentgelten.

§ 233

Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute

(1) Für Seeleute gilt als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des nach § 842 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten monatlichen Durchschnittsentgelts der einzelnen Klassen der Schiffsbesatzung und Schiffsgattungen sowie der auf den Kalendarstag entfallende Teil des Vorruhestandsgeldes. Die beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen sich für Seeleute, die auf den Seeschiffen beköstigt werden, um ein Dreißigstel des nach § 842 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten Durchschnittssatzes für Beköstigung.

(2) Ist für Seeleute ein monatlicher Durchschnittsverdienst nach § 842 der Reichsversicherungsordnung nicht festgesetzt, bestimmt die Satzung der See-Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen.

(3) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.

§ 234

**Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler
und Publizisten**

(1) Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Mitglieder werden der Beitragsbemessung zunächst vorläufige beitragspflichtige Einnahmen aus der Tätigkeit als selbständiger Künstler und Publizist zugrunde gelegt. Als vorläufige beitragspflichtige Einnahmen gilt der dreihundertsechzigste Teil des voraussichtlichen Jahresarbeitseinkommens. Die endgültigen beitragspflichtigen Einnahmen sind nach Ablauf eines Kalenderjahres nach dem für dieses Kalenderjahr ermittelten Jahresarbeitseinkommen, mindestens jedoch nach dem in § 3 Abs. 1 des Künstlersozialversicherungsgesetzes genannten Jahresarbeitseinkommen festzustellen.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend.

§ 235

**Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden,
Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen**

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation gilt als beitragspflichtige Einnahmen das Regelentgelt, das der Berechnung des Übergangsgelds zugrunde liegt. Das Entgelt ist um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. Wird das Übergangsgeld, das Verletztengeld oder das Versorgungskrankengeld angepaßt, ist das Entgelt um den gleichen Vorphundertatz zu erhöhen. Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen der Betrag, der als Wert für freie Kost und Wohnung durch Verordnung auf Grund § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des Vierten Buches festgesetzt ist.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 erhalten bleibt, sind die vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 251 Abs. 1 zu tragenden Beiträge nach dem Regelentgelt zu bemessen, das der Berechnung des Übergangsgelds, des Verletztengeldes oder des Versorgungskrankengeldes zugrunde liegt. Absatz 1 Satz 3 gilt.

(3) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 versicherungspflichtigen Behinderten ist als beitragspflichtige Einnahmen das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen.

(4) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend; bei Anwendung des § 230 Satz 1 ist das Arbeitsentgelt vorrangig zu berücksichtigen.

§ 236

Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Dreißigstel des Betrags, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Änderungen des Bedarfsbetrags sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen.

(2) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend. Die nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, soweit sie die nach Absatz 1 zu bemessenden Beiträge übersteigen.

§ 237

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen und
3. das Arbeitseinkommen.

§ 226 Abs. 2 und die §§ 228, 229 und 231 gelten entsprechend.

§ 238

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

Erreicht der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 239

Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

Bei Rentenantragstellern wird die Beitragsbemessung für die Zeit der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente durch die Satzung geregelt. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die

Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. § 240 gilt entsprechend.

§ 240

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt. Dabei ist sicherzustellen, daß die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt.

(2) Die Satzung der Krankenkasse muß mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Die §§ 223 und 227, § 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2 und § 243 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuß des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße.

(5) Die Satzung kann auch Beitragsklassen vorsehen.

DRITTER TITEL

Beitragssätze

§ 241

Allgemeiner Beitragssatz

Die Beiträge sind nach einem Beitragssatz zu erheben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung festgesetzt wird. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Dieser Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.

§ 242

Erhöhter Beitragssatz

Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Ver-

sicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ist der allgemeine Beitragssatz entsprechend zu erhöhen.

§ 243

Ermäßigter Beitragssatz

(1) Besteht kein Anspruch auf Krankengeld oder beschränkt die Krankenkasse auf Grund von Vorschriften dieses Buches für einzelne Mitgliedergruppen den Umfang der Leistungen, ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.

(2) Der auf Grund des ermäßigten Beitragssatzes zu zahlende Beitrag muß in vollem Umfang den Finanzierungsanteil an der Krankenversicherung der Rentner nach den §§ 270 und 272 sowie den Verwaltungskostenanteil enthalten. Beitragsabstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig.

§ 244

Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen wird der Beitrag für

1. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 1 auf ein Drittel,
2. Wehrdienstleistende nach § 193 Abs. 2 auf ein Zehntel

des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. Dies gilt nicht für aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessende Beiträge.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Verteidigung und dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministers der Verteidigung der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.

§ 245

Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, den der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem

Komma zu runden. Er gilt für Studenten vom Beginn des auf die Feststellung folgenden Wintersemesters, im übrigen jeweils vom 1. Oktober an.

(2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

§ 246

Beitragssatz für Künstler und Publizisten

(1) Der Bemessung der monatlich zu zahlenden vorläufigen Beiträge der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder ist der allgemeine Beitragssatz der zuständigen Krankenkasse zugrunde zu legen.

(2) Der Bemessung der endgültigen Beiträge ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der zuständigen Krankenkasse im vergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen.

(3) Die nach Absatz 1 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Ablauf des Kalenderjahres bis zum 31. Juli des Folgejahres mit den nach Absatz 2 zu leistenden endgültigen Zahlungen auszugleichen.

§ 247

Beitragssatz aus der Rente

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

§ 248

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

(1) Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der zuständigen Krankenkasse. Gehört die Krankenkasse einem Landesverband an, gilt als Beitragssatz die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen im Landesverband. Der jeweils zum 1. Juli festgestellte Beitragssatz gilt für das folgende Kalenderjahr. Den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen in einem Landesverband stellt die für den Landesverband zuständige Aufsichtsbehörde fest.

(2) Absatz 1 gilt auch für freiwillige Mitglieder nach Vollendung des fünfundsiebzehnten Lebensjahres,

wenn sie zu diesem Zeitpunkt versichert sind und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren.

VIERTER TITEL

Tragung der Beiträge

§ 249

Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

(1) Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 versicherungspflichtig Beschäftigten und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.

(2) Der Arbeitgeber trägt den Beitrag allein

1. für Beschäftigte, deren monatliches Entgelt ein Zehntel der in der Rentenversicherung der Arbeiter für Monatsbezüge geltenden Beitragsbemessungsgrenze (§ 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung) nicht übersteigt,
2. für Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten.

§ 250

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge allein

1. aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. aus den Versorgungsbezügen,
3. aus dem Arbeitseinkommen,
4. aus den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Abs. 1.

(2) Freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 erhalten bleibt, tragen den Beitrag allein.

§ 251

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezuges von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen,
2. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen Behinderten, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt niedriger als der nach § 235 Abs. 3 maßgebliche Mindestbetrag ist; im übrigen gilt § 249 Abs. 1 entsprechend.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen Behinderten sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die Behinderten zuständigen Leistungsträgern zu erstatten.

(3) Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder.

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3.

FÜNFTER TITEL

Zahlung der Beiträge

§ 252

Beitragszahlung

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat.

§ 253

Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Für die Zahlung der Beiträge aus Arbeitsentgelt bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gelten die Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag nach den §§ 28 d bis 28 n und § 28 r des Vierten Buches.

§ 254

Beitragszahlung der Studenten

Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im Voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die Satzung der Krankenkasse kann andere Zahlungsweisen vorsehen. Weist ein als Student zu Versichernder die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetzbuches auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

§ 255

Beitragszahlung aus der Rente

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind von den Trägern der Ren-

tenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu zahlen. Die Beiträge sind von den Zuschüssen des Trägers der Rentenversicherung und, soweit sie die Zuschüsse übersteigen, von den Renten einzubehalten.

(2) Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Absatz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Abs. 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der zuständigen Krankenkasse. Der Träger der Rentenversicherung haftet mit dem Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung.

§ 256

Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

(1) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind. Die Zahlstellen haben der Krankenkasse die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen. Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlungsbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, verteilt die Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds oder einer der Zahlstellen die Beiträge.

(2) § 255 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zieht die Beiträge aus nachgezählten Versorgungsbezügen ein. Dies gilt nicht für Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung. Die Erstattung von Beiträgen obliegt der zuständigen Krankenkasse. Die Krankenkassen können mit den Zahlstellen der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

(3) Die Krankenkasse überwacht die Beitragszahlung. Sind für die Überwachung der Beitragszahlung durch eine Zahlstelle mehrere Krankenkassen zuständig, haben sie zu vereinbaren, daß eine dieser Krankenkassen die Überwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt. § 98 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(4) Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als dreißig beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, können bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, daß das Mitglied die Beiträge selbst zahlt.

ZWEITER ABSCHNITT

Beitragszuschüsse

§ 257

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

oder

2. als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind,

erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Beschäftigte bei der Krankenkasse zu zahlen hätte, die bei Versicherungspflicht zuständig wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 oder 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 258

Beitragszuschüsse für Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation

Bezieher von Übergangsgeld, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist.

DRITTER ABSCHNITT**Verwendung und Verwaltung der Mittel**

§ 259

Mittel der Krankenkasse

Die Mittel der Krankenkasse umfassen die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen.

§ 260

Betriebsmittel

(1) Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden

1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten,
2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Bildung von Verwaltungsvermögen.

(2) Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Zwecke nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Krankenkasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage oder dem Verwaltungsvermögen zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

(3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im übrigen so anzulegen, daß sie für die in Absatz 1 genannten Zwecke verfügbar sind.

§ 261

Rücklage

(1) Die Krankenkasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.

(2) Die Satzung bestimmt die Höhe der Rücklage in einem Vomhundertsatz des nach dem Haushaltsplan

durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Abs. 1 Nr. 1 genannten Zwecke (Rücklagesoll). Die Rücklage muß mindestens ein Viertel und darf höchstens das Einfache des Betrages der auf den Monat entfallenden Ausgaben nach Satz 1 betragen.

(3) Die Krankenkasse kann Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können. In diesem Fall soll die Rücklage in Anspruch genommen werden, wenn dadurch Beitragssatzerhöhungen während des Haushaltsjahres vermieden werden.

(4) Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplanes, daß die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage mit einem Betrag in Höhe von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen. Satz 1 gilt nicht, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Beitragssatzerhöhung erforderlich würde.

(5) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln zuzuführen.

(6) Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 genannten Zweck verfügbar ist. Sie wird vorbehaltlich des § 262 von der Krankenkasse verwaltet.

§ 262

Gesamtrücklage

(1) Die Satzungen der Landesverbände können bestimmen, daß die von den Verbandsmitgliedern zu bildenden Rücklagen bis zu einem Drittel des Rücklagesolls von dem Landesverband als Sondervermögen (Gesamtrücklage) verwaltet werden. Die Gesamtrücklage ist vorrangig vor dem von der Krankenkasse verwalteten Teil der Rücklage aufzufüllen.

(2) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge und die aus den Veräußerungen erwachsenen Gewinne der Gesamtrücklage werden gegen die aus Veräußerungen entstehenden Verluste ausgeglichen. Der Unterschied wird auf die beteiligten Krankenkassen nach der Höhe ihres Rücklageguthabens beim Landesverband im Jahresdurchschnitt umgelegt.

(3) Ergibt sich nach Absatz 2 ein Überschuß, wird er den Krankenkassen ausgezahlt, deren Rücklageguthaben beim Landesverband den nach Absatz 1 bestimmten Anteil erreicht hat. Ist dieses Rücklageguthaben noch nicht erreicht, wird der Überschuß bis zur Höhe des fehlenden Betrages nicht ausgezahlt, sondern gutgeschrieben. Ergibt sich nach Absatz 2 ein Fehlbetrag, wird er dem Rücklageguthaben der Krankenkassen zur Last geschrieben.

(4) Die Krankenkasse kann über ihr Rücklageguthaben beim Landesverband erst verfügen, wenn die von ihr selbst verwalteten Rücklagemittel verbraucht sind. Hat die Krankenkasse ihr Rücklageguthaben verbraucht, kann sie von dem Landesverband ein Darlehen aus der Gesamtrücklage erhalten. Die Satzung des Landesverbandes trifft Regelungen über die Voraussetzungen der Darlehensgewährung, die Rückzahlung und die Verzinsung.

(5) Die Gesamtrücklage ist so anzulegen, daß sie für die in § 261 Abs. 1 und 4 genannten Zwecke verfügbar ist.

§ 263

Verwaltungsvermögen

(1) Das Verwaltungsvermögen der Krankenkasse umfaßt

1. Vermögensanlagen, die der Verwaltung der Krankenkasse sowie der Führung ihrer betrieblichen Einrichtungen (Eigenbetriebe) zu dienen bestimmt sind,
2. die zur Anschaffung und Erneuerung dieser Vermögensteile und für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen bereitgehaltenen Geldmittel,

soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Zum Verwaltungsvermögen gehören auch Grundstücke, die nur teilweise für Zwecke der Verwaltung der Krankenkasse oder für Eigenbetriebe erforderlich sind.

(2) Als Verwaltungsvermögen gelten auch sonstige Vermögensanlagen auf Grund rechtlicher Verpflichtung oder Ermächtigung, soweit sie nicht den Betriebsmitteln, der Rücklage oder einem Sondervermögen zuzuordnen sind.

§ 264

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

VIERTER ABSCHNITT

Finanzausgleiche

ERSTER TITEL

Finanzausgleiche innerhalb einer Krankenkassenart

§ 265

Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle

Die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen können eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken.

§ 266

Finanzausgleich auf Landesverbandsebene bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen

(1) Die Satzungen der Landesverbände haben einen Finanzausgleich für den Fall vorzusehen, daß der Bedarfssatz (§ 145 Abs. 2) einer Krankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Verbandsmitglieder um mehr als 10 vom Hundert übersteigt.

(2) Die Satzungen der Landesverbände haben Bestimmungen zu enthalten, die das Nähere über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung des Finanzausgleichs regeln. Der Finanzausgleich hat die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen zu berücksichtigen. Ein allgemeiner Finanzausgleich der Ausgaben ist nicht zulässig. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden.

(3) Das Finanzausgleichsverfahren wird auf Antrag des Vorstandes der Krankenkasse eingeleitet. Der Landesverband führt den Finanzausgleich durch. Vor der Durchführung des Finanzausgleichs hat der Landesverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. Dazu gehört insbesondere eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich einer Prüfung der Verwaltungskosten. Die Krankenkasse ist verpflichtet, die festgelegten Maßnahmen mit Unterstützung des Landesverbandes zu ergreifen. Eine Krankenkasse, die dieser Verpflichtung nicht nachkommt, hat die Hilfe zurückzuzahlen und darf künftig keine Hilfe mehr erhalten.

§ 267

Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Voraussetzung ist, daß der Bedarfssatz dieser Krankenkasse den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Kassenart um mehr als 12,5 vom Hun-

dert übersteigt und daß ein Finanzausgleichsverfahren nach § 266 durchgeführt worden ist. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Zustimmung von zwei Dritteln der Mitglieder des Spitzenverbandes. Eine Krankenkasse kann die Hilfe innerhalb von sechzig Kalendermonaten nur einmal erhalten. § 266 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstandes der Krankenkasse nach Anhörung der Mitglieder des Spitzenverbandes. Vor der Entscheidung über die Hilfe hat der Spitzenverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse und, wenn die Krankenkasse einem Landesverband angehört, mit dem Landesverband zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. § 266 Abs. 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

ZWEITER TITEL

Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner

§ 268

Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner

(1) Leistungsaufwendungen für die auf Grund des Bezugs einer Rente versicherungspflichtigen Rentner und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen werden gedeckt

1. durch Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen, soweit sie von versicherungspflichtigen Mitgliedern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zu tragen sind, und

2. im übrigen durch einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen.

(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Finanzausgleich nicht teil.

§ 269

Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen

(1) Leistungsaufwendungen im Sinne des § 268 Abs. 1 sind Aufwendungen für

1. Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 22, 23 Abs. 1 und den §§ 25 und 26,
2. Krankenbehandlung nach den §§ 28 bis 33 und 37 bis 39 und 42 einschließlich der für diese Leistungen in Härtefällen nach den §§ 61 und 62 von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,

3. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57,

4. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 195 bis 200 und 200b der Reichsversicherungsordnung,

5. Fahrkosten nach den §§ 60 bis 62, soweit sie von den Krankenkassen zu tragen sind,

6. Sterbegeld nach den §§ 58 und 59.

Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nach den §§ 65 bis 67 sowie für Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, bleiben außer Betracht. Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Kassenärzte und -zahnärzte.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind ausgleichsfähig, soweit sie nicht von der Krankenkasse als Eigenanteil zu tragen sind. Jede Krankenkasse hat mindestens 5 vom Hundert, höchstens 30 vom Hundert der Leistungsaufwendungen selbst zu tragen. Das Nähere über die Ermittlung des als Eigenanteil zu tragenden Vmhundertsatzes der Leistungsaufwendungen regelt die Verordnung nach § 273. Hierbei ist der Anteil der Rentner an den Mitgliedern einer Krankenkasse im Vergleich zum Anteil der Rentner an den Mitgliedern aller am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Krankenkassen so zu berücksichtigen, daß mit steigendem Rentneranteil der Krankenkasse der Vmhundertsatz sinkt. Die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 sowie die in § 248 Abs. 2 genannten Personen bleiben hierbei außer Betracht.

(3) Das Bundesversicherungsamt stellt den Rentneranteil nach Absatz 2 im Rahmen der Feststellung des Finanzierungsanteils nach § 272 fest.

§ 270

Berechnung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen

Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen ist durch Beiträge der Mitglieder in einem Vmhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen aufzubringen. Außer Betracht bleiben die in § 268 Abs. 1 Nr. 1 genannten und die nach § 245 Abs. 1 und 2 zu erhebenden Beiträge. Der Vmhundertsatz entspricht dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für versicherungspflichtige Rentner aller Krankenkassen zu der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Bei der Berechnung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen bleiben außer Betracht

1. die Beträge der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens, die bei versicherungspflichtigen

Mitgliedern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zur Beitragsbemessung herangezogen wurden,

2. die beitragspflichtigen Einnahmen der in § 5 Abs. 1 Nr. 10 und 11 und in § 245 Abs. 2 genannten Personen und
3. die Beitragsrückzahlung nach § 65.

§ 271

Ausgleichsanspruch und -verpflichtung der Krankenkassen

(1) Übersteigen die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse ihren Finanzierungsanteil nach § 270, hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf von versicherungspflichtigen Mitgliedern mit Rentenbezug entrichtete Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sowie auf überschießende Beträge nach Absatz 2.

(2) Übersteigt der Finanzierungsanteil einer Krankenkasse nach § 270 ihre ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen.

§ 272

Feststellung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Vornhundertatz nach § 270 und gibt ihn bekannt. Es stellt jeweils im Voraus für ein Kalenderhalbjahr den Vornhundertatz vorläufig fest. Bei der Berechnung der monatlich von den Krankenkassen zu tragenden Finanzierungsanteile legen die Krankenkassen diesen Vornhundertatz, die voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für die versicherungspflichtigen Rentner und für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen sowie die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zugrunde. Für die Berechnung dieser Einnahmen gilt § 270 entsprechend. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist der hierfür maßgebliche Vornhundertatz aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der beteiligten Krankenkassen sowie der Rentenversicherungsträger zu ermitteln. Die nach Satz 3 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Bekanntgabe des Vornhundertatzes nach Satz 5 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen.

(2) Bei der Ermittlung des Vornhundertatzes nach Absatz 1 Satz 5 stellt das Bundesversicherungsamt für alle Beteiligten verbindlich fest, mit welchen Beträgen die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen, die Beiträge und die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der Berechnung des Vornhundertatzes zugrunde zu legen sind. Dabei kann es zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die

Berechnung maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen. Weicht die Feststellung nach Satz 1 von den Beträgen ab, die der Versicherungsträger in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen gemeldet hat, ist dieser vor Bekanntgabe des Vornhundertatzes zu unterrichten. Werden nach Abschluß der Ermittlung des Vornhundertatzes nach Absatz 1 Satz 5 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese erst bei der Ermittlung des Vornhundertatzes nach Absatz 1 Satz 5 beim nächsten Finanzausgleichsverfahren nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.

§ 273

Verordnungsermächtigung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die inhaltliche und zeitliche Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen sowie der Beiträge nach § 270,
2. die Ermittlung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder nach § 270,
3. die Ermittlung des von jeder Krankenkasse als Eigenanteil zu tragenden Vornhundertatzes nach § 269 Abs. 2 einschließlich der Ermittlung der Mitglieder- und Rentnerzahlen,
4. die Ermittlung der Vornhundertätze nach den §§ 270 und 272 Abs. 1,
5. die Berechnung und Zahlung der auf die Krankenkassen entfallenden Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen nach § 268 Abs. 1 sowie der nach § 231 Abs. 2 erstatteten Beträge,
6. die Fälligkeit der Beträge und die Verzinsung bei Verzug,
7. das Verfahren bei der Durchführung des Finanzausgleichs sowie die hierfür von den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern mitzuteilenden Angaben.

FÜNFTER ABSCHNITT

Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände

§ 274

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

(1) Das Bundesversicherungsamt und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsfüh-

rung der ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen zu prüfen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Landesverbände der Krankenkassen zu prüfen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und der Spitzenverbände der Krankenkassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände der Krankenkassen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen und die Verbände der Krankenkassen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind.

(2) Die Kosten, die den mit der Prüfung befaßten Stellen entstehen, tragen die Krankenkassen und die Verbände nach dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Das Nähere über die Erstattung der Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse regeln für die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen und der Spitzenverbände der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, für die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen und der Landesverbände die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen erlassen. Dabei ist ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Prüfungseinrichtungen vorzusehen.

NEUNTES KAPITEL

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

ERSTER ABSCHNITT

Aufgaben

§ 275

Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung,

2. zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplans nach § 5 Abs. 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. bei Arbeitsunfähigkeit

- a) zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
- b) zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere auf Verlangen des Arbeitgebers, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegt,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung; die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung),
2. ob Schwerpflegebedürftigkeit vorliegt (§ 53); dies ist in der Regel auf Grund einer Untersuchung des Versicherten in seiner häuslichen Umgebung zu prüfen; die Prüfung soll auch Möglichkeiten zur Rehabilitation einbeziehen und ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen,
3. bei Kostenübernahme einer Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs, ob die Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs möglich ist (§ 18),
4. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1).

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29),
2. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

3. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist.

(4) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse.

(5) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

§ 276

Zusammenarbeit

(1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67 Satz 2 des Zehnten Buches.

(2) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten nur erheben und erfassen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 erforderlich ist. Die rechtmäßig erhobenen und erfaßten personenbezogenen Daten dürfen nur für die in § 275 genannten Zwecke verwendet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. Die §§ 286, 287 und 304 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.

(3) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

(4) Wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können.

§ 277

Mitteilungspflichten

(1) Der Medizinische Dienst hat dem an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen.

(2) Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

ZWEITER ABSCHNITT

Organisation

§ 278

Arbeitsgemeinschaft

(1) In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.

(3) Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann durch Beschluß der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft in einem Land ein weiterer Medizinischer Dienst errichtet werden. Für mehrere Länder kann durch Beschluß der Mitglieder der betroffenen Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Die Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder.

§ 279

Verwaltungsrat und Geschäftsführer

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(2) Der Verwaltungsrat wird von den Vertreterversammlungen der Mitglieder gewählt. § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a des Vierten Buches gilt entsprechend. Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind nicht wählbar.

(3) Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn Vertreter. Sind mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des Medizinischen Dienstes, kann die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden. Die Mitglieder haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Er stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich.

(5) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der Medizinische Dienst hat vorrangig Gutachter zu beauftragen.

(6) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: §§ 34, 37, 38, 40 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2, §§ 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 2, §§ 58, 59 Abs. 1 bis 3, Abs. 5 und 6, §§ 60, 62 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz, Abs. 2, Abs. 3 Satz 1 und 4 und Abs. 4 bis 6, § 63 Abs. 1 und 2, Abs. 3 Satz 2 und 3, Abs. 4 und 5, § 64 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 2 und 3 und § 66 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2.

§ 280

Aufgaben des Verwaltungsrates

(1) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282) aufzustellen,
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen,
6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen und zu entlasten.

§ 210 Abs. 1 gilt entsprechend.

(2) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefaßt. Beschlüsse

über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

§ 281

Finanzierung und Aufsicht

(1) Die zur Finanzierung des Medizinischen Dienstes erforderlichen Mittel werden von den Mitgliedern des Medizinischen Dienstes durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen im Land am 1. Oktober jeden Jahres aufzuteilen.

(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, §§ 73 bis 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. § 87 Abs. 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend. § 275 Abs. 5 ist zu beachten.

§ 282

Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern. Sie bilden zu diesem Zweck eine Arbeitsgemeinschaft. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im übrigen können sie Empfehlungen abgeben.

§ 283

Ausnahmen

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nehmen für die Bereiche der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse und der Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums, soweit deren Mitglieder in dem Dienstbezirk der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse wohnen, die Ärzte der Deutschen Bundesbahn wahr. Für die anderen Mitglieder der Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums und die Bundespostbetriebskrankenkasse schließen diese Betriebskrankenkassen Verträge mit den Medizinischen Diensten. Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nehmen für den Bereich der Bundesknappschaft deren Sozialmedizinischer Dienst und für die See-Krankenkasse der ärztliche Dienst der See-Berufsgenossenschaft wahr.

ZEHNTES KAPITEL**Versicherungs- und Leistungsdaten,
Datenschutz****ERSTER ABSCHNITT****Informationsgrundlagen****ERSTER TITEL****Grundsätze der Datenverwendung****§ 284****Personenbezogene Daten
bei den Krankenkassen**

(1) Die Krankenkassen dürfen personenbezogene und personenbeziehbare Daten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und erfassen, soweit diese für

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5 bis 10) und der Mitgliedschaft (§§ 186 bis 193),
2. die Ausstellung des Kranken- oder Berechtigungsscheins (§ 15) oder der Krankenversicherungskarte (§ 291),
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 223 bis 256) sowie deren Rückzahlung (§ 65),
4. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 2 und 11) einschließlich der Verfahren bei Kostenerstattung und in Härtefällen,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66),
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§ 275),
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 106) und
10. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern

erforderlich sind. Versichertenbezogene Angaben über ärztliche Leistungen dürfen auch auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern erfaßt werden, soweit dies für die Rückzahlung von Beiträgen nach § 65 erforderlich ist. Versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen dürfen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern erfaßt werden, soweit dies für die Rückzahlung von Beiträgen sowie für die in Satz 1 Nr. 4 und 8 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Die nach Satz 2 und 3 gespeicherten Daten sind zu löschen, sobald sie für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Im übrigen gelten für die Datenerhebung und -erfassung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(2) Im Rahmen der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung dürfen versichertenbezogene Leistungs- und Gesundheitsdaten auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur erfaßt werden, soweit dies für Stichprobenprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 erforderlich ist.

(3) Die rechtmäßig erhobenen und erfaßten versichertenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verwendet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist.

(4) Versicherungs- und Leistungsdaten der Beschäftigten einer Krankenkasse einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, nicht zugänglich sein oder diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden.

§ 285**Personenbezogene Daten bei den
Kassenärztlichen Vereinigungen**

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte nur erheben und erfassen, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Führung des Arztregisters (§ 95),
2. Sicherstellung und Vergütung der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
3. Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen (§ 120),
4. Vergütung der belegärztlichen Leistungen (§ 121),
5. Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106),
6. Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 136).

(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben und erfassen, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 5 und 6 genannten Aufgaben erforderlich ist.

(3) Die rechtmäßig erhobenen und erfaßten personenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verwendet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist.

(4) Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte und Kassenzahnärztliche Vereinigungen.

§ 286

Datenübersicht

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten personenbezogenen Daten. Die Übersicht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(2) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Übersicht nach Absatz 1 in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(3) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln in Dienstanweisungen das Nähere insbesondere über

1. die zulässigen Verfahren der Verarbeitung der Daten,
2. Art, Form, Inhalt und Kontrolle der einzugebenden und der auszugebenden Daten,
3. die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Datenverarbeitung,
4. die weiteren zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffenden Maßnahmen, insbesondere der Maßnahmen nach der Anlage zu § 6 Abs. 1 Satz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes.

§ 287

Forschungsvorhaben

(1) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- oder fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben, insbesondere zur Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse, von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen oder von Erkenntnissen über örtliche Krankheitsschwerpunkte, selbst auswerten oder über die sich aus § 304 ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.

(2) Personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren.

ZWEITER TITEL**Informationsgrundlagen der Krankenkassen**

§ 288

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. Das Versichertenverzeichnis hat alle Angaben zu enthalten, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge, soweit nach der Art der Versicherung notwendig, sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs einschließlich der Versicherung nach § 10 erforderlich sind.

§ 289

Nachweispflicht bei Familienversicherung

Für die Eintragung in das Versichertenverzeichnis hat die Krankenkasse die Versicherung nach § 10 bei deren Beginn festzustellen. Sie kann die dazu erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben. Der Fortbestand der Voraussetzungen der Versicherung nach § 10 ist auf Verlangen der Krankenkasse nachzuweisen.

§ 290

Krankenversichertennummer

Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Bei Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 10 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Die Rentenversicherungsnummer darf vom 1. Januar 1992 an nicht mehr als Krankenversichertennummer verwendet werden.

§ 291

Krankenversichertenkarte

(1) Die Krankenkasse stellt spätestens bis zum 1. Januar 1992 für jeden Versicherten eine Krankenversichertenkarte aus, die den Krankenschein nach § 15 ersetzt. Die Karte ist von dem Versicherten zu unterschreiben. Sie darf nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der kassen- oder vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern verwendet werden. Die Karte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstellenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. Bei Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung bestätigt der Versicherte auf dem Abrechnungsschein des Arztes das Bestehen der Mitgliedschaft durch seine Unterschrift. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

(2) Die Krankenversichertenkarte enthält neben der Unterschrift des Versicherten in einer für eine maschinelle Übertragung auf die für die kassenärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke (§ 295 Abs. 3 Nr. 1 und 2) geeigneten Form ausschließlich folgende Angaben:

1. Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse,
2. Familienname und Vorname des Versicherten,
3. Geburtsdatum,
4. Anschrift,
5. Krankenversichertennummer,
6. Versichertenstatus,
7. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
8. bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren in den Verträgen nach § 87 Abs. 1 das Nähere über die bundesweite Einführung und Gestaltung der Krankenversichertenkarte.

(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes ist die Karte der bisherigen, bei Krankenkassenwechsel der neuen Krankenkasse auszuhändigen.

§ 292

Angaben über Leistungsvoraussetzungen

(1) Die Krankenkasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizinischen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit ist auch die Art der Erkrankung aufzuzeichnen.

(2) Krankenkassen, die an der Erprobung der Beitragsrückzahlung teilnehmen (§ 65), haben für die Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung die Art und den Wert der nach § 65 Abs. 2 zu berücksichtigenden Leistungen bis zur Höhe der für die Beitragsrückzahlung maßgeblichen Betragsgrenze aufzuzeichnen.

§ 293

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der anderen Träger der Sozialversicherung sowie die Bundesanstalt für Arbeit gemeinsam vereinbaren mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und seiner Verwendung.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, kann dieser nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelungen über Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und seiner Verwendung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

ZWEITER ABSCHNITT

Übermittlung von Leistungsdaten

§ 294

Pflichten der Leistungserbringer

Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet und befugt, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.

§ 295

Abrechnung ärztlicher Leistungen

(1) Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen für die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei zahnärztlicher Behandlung auch mit Zahnbezug, aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Krankenversicherungsnummer des Patienten anzugeben.

(2) Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, für jedes Quartal die für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Angaben zu der nach § 85 Abs. 2 vereinbarten Berechnung der Vergütung.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren als Bestandteil der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 das Nähere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen,
2. Form und Inhalt der im Rahmen der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke,
3. die Erfüllung der Pflichten der Kassen- und Vertragsärzte nach Absatz 1,
4. die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 2, insbesondere auch Form, Frist und Umfang der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen oder deren Verbände,
5. Einzelheiten des Datenträger austausches und der gegenseitigen Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296, 297 und 299.

(4) Bei Einführung der Krankenversichertenkarte (§ 291) ist in den Verträgen nach Absatz 3 auch das Nähere über die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf Überweisungsscheinen zu regeln.

(5) Die Vertragspartner nach Absatz 3 können vorsehen, daß die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermitteln dürfen. Zu diesem Zweck haben die Vertragspartner das Nähere über die Voraussetzungen zur Teilnahme an einem solchen Abrechnungsverfahren, die Vorkehrungen zur Sicherung vor fehlerhafter oder unzulässiger Datenverarbeitung und vor unzulässiger Offenbarung sowie die Form der Abrechnung zu regeln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in den Satzungen ergänzende Regelungen treffen.

§ 296

Durchschnittsprüfungen, Prüfung nach Richtgrößen

(1) Für die artzbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Krankenkassen aus den Abrechnungen der Kassen- und Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassennummer,
3. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,
4. Anzahl der Überweisungsfälle sowie Anzahl der Notarzt- und Vertreterfälle, jeweils in der Aufschlüsselung nach Nummer 3,
5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe in der Gliederung nach den Nummern 3 und 4,
6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührenpositionen unter Angabe des entsprechenden Fachgruppenschnitts.

(2) In Überweisungsfällen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes.

(3) Für die artzbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten und Richtgrößen (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2) übermitteln die Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Kassenärztlichen Vereinigungen über die von den Kassen- und Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassennummer,

3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,

4. Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung.

(4) Die Vertragspartner nach § 106 vereinbaren das Nähere über die nach Absatz 3 Nr. 3 anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Sie können auch vereinbaren, daß jedes einzelne Mittel oder dessen Kennzeichen angegeben wird.

(5) Die Krankenkassen übermitteln den Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für jedes Quartal die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie deren Dauer.

§ 297

Stichprobenprüfungen

(1) Für die Stichprobenprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 bestimmen die Vertragspartner nach § 106 für jedes Quartal, sobald die Abrechnungsunterlagen für die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen, gemeinsam die Ärzte, die in die Stichprobenprüfung einbezogen werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Krankenkassen aus den Belegen über die von den in die Stichprobenprüfung einbezogenen Kassen- und Vertragsärzten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse abgerechneten Leistungen folgende Daten:

1. Arztnummer,
2. Kassennummer,
3. Krankenversichertennummer,
4. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei zahnärztlicher Behandlung auch mit Zahnbezug.

(3) Die Krankenkassen übermitteln, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, den Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Belegen über die von den in die Stichprobenprüfung einbezogenen Kassen- und Vertragsärzten verordneten Leistungen die Angaben nach § 296 Abs. 3 Nr. 1 bis 4 und Abs. 5 versichertenbeziehbar unter Angabe der Krankenversichertennummer.

(4) Daten über kassen- und vertragsärztliche Leistungen und Daten über verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbeziehbar sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur verknüpft werden, soweit dies zur Durchführung der Stichprobenprüfung erforderlich ist.

§ 298

Übermittlung versichertenbezogener Daten

Im Rahmen eines Prüfverfahrens ist die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.

§ 299

Abrechnungsdaten bei Beitragsrückzahlung

In Fällen, in denen Krankenkassen an Erprobungen zur Beitragsrückzahlung teilnehmen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhäuser und die sonstigen Leistungserbringer den Krankenkassen die Art und den Wert der nach § 65 Abs. 2 für die Beitragsrückzahlung zu berücksichtigenden Leistungen versichertenbezogen zu übermitteln. Das Nähere über Art und Umfang der Datenübermittlung vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sowie den Verbänden der sonstigen Leistungserbringer.

§ 300

Arzneimittelabrechnung

(1) Die Apotheken sind verpflichtet,

1. bei Abgabe von Fertigarzneimitteln für Versicherte das nach Absatz 3 Nr. 1 zu verwendende Kennzeichen handschriftlich oder maschinell auf das für die kassen- oder vertragsärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt zu übertragen,
2. die Verordnungsblätter an die Krankenkassen weiterzuleiten und diesen die nach Maßgabe der nach Absatz 3 Nr. 2 getroffenen Vereinbarungen erforderlichen Abrechnungsdaten zu übermitteln.

(2) Die Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Verpflichtung nach Absatz 1 Nr. 1 entfällt, wenn durch Verträge der Krankenkassen mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker auf Landesebene gebildeten maßgeblichen Organisation auf andere Weise sichergestellt wird, daß die Aufgaben der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nach den §§ 106, 296 und 297 ordnungsgemäß ausgeführt werden können. Das Nähere vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker auf Landesebene gebildeten maßgeblichen Organisation.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker regeln in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung das Nähere insbesondere über

1. die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens für das verordnete Fertigarzneimittel als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels,

2. die Einzelheiten der Übertragung des Kennzeichens und der Abrechnung, die Voraussetzungen und Einzelheiten der Übermittlung der Abrechnungsdaten auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern sowie die Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 3 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, wird ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 festgesetzt.

§ 301

Krankenhäuser

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind befugt und verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben zu übermitteln:

1. die Krankenversichertennummer,
2. den Tag und den Grund der Aufnahme sowie die Aufnahmediagnose,
3. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes,
4. den Tag und den Grund der Entlassung oder Verlegung sowie die Entlassungsdiagnose,
5. die nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

(2) Für die Angabe der Diagnosen nach Absatz 1 Nr. 2 und 4 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Verschlüsselung zu vereinbaren. Im übrigen regeln die Vertragspartner nach § 112 Abs. 1 das Nähere. Sie haben dabei die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln. § 112 Abs. 5 und 6 gilt entsprechend.

(3) Für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag (§ 111) besteht, gilt bei stationärer Behandlung die Verpflichtung nach Absatz 1 entsprechend.

§ 302

Sonstige Leistungserbringer

(1) Die sonstigen Leistungserbringer sind befugt und verpflichtet, in den Abrechnungsbelegen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen sowie den Tag der Leistungserbringung, die Arztnummer des verordnenden Arztes

und die Krankenversicherungsnummer des Leistungsempfängers anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 zu verwenden.

(2) Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen in gemeinsam erstellten Richtlinien, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind.

(3) Die Richtlinien haben auch die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln.

§ 303

Abweichende Vereinbarungen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt wird,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen wird,

wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung nicht gefährdet wird.

DRITTER ABSCHNITT

Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 304

Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Für das Löschen der für Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gespeicherten personenbezogenen Daten gilt § 84 des Zehnten Buches sinngemäß mit der Maßgabe, daß

1. die Daten nach § 292 Abs. 1 spätestens nach zehn Jahren,
2. die Daten nach § 292 Abs. 2, § 295 Abs. 2, §§ 297 und 299 spätestens nach zwei Jahren

zu löschen sind. Die Aufbewahrungsfristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. Die Krankenkassen können für Zwecke der Krankenversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zum Arzt und Versicherten nicht mehr herstellbar ist.

(2) Im Falle des Wechsels der Krankenkasse ist die bisher zuständige Krankenkasse verpflichtet, die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 auf Verlangen der neuen Krankenkasse mitzuteilen.

(3) Für die Aufbewahrungsfristen der Kranken- und sonstigen Berechtigungsscheine für die Inanspruchnahme von Leistungen einschließlich der Verordnungsblätter für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gilt § 84 des Zehnten Buches entsprechend.

§ 305

Auskünfte an Versicherte

(1) Soweit der Krankenkasse die Angaben verfügbar sind, kann der Versicherte Auskunft höchstens über die von ihm in den letzten zwei Geschäftsjahren in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten verlangen. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Auskunftserteilung regeln.

(2) Die Vertragspartner der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren, daß auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Versicherten Auskünfte über die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen und ihre Kosten erteilen. Absatz 1 gilt entsprechend.

ELFTES KAPITEL

Bußgeldvorschriften

§ 306

Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten

Zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten arbeiten die Krankenkassen insbesondere mit der Bundesanstalt für Arbeit, den in § 20 des Ausländergesetzes genannten Behörden, den Finanzbehörden, den nach Landesrecht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit zuständigen Behörden, den Trägern der Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen, wenn sich im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte ergeben für

1. Verstöße gegen das Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit,
2. eine Beschäftigung oder Tätigkeit von nichtdeutschen Arbeitnehmern ohne die erforderliche Erlaubnis nach § 19 Abs. 1 des Arbeitsförderungs-gesetzes,
3. Verstöße gegen die Mitwirkungspflicht gegenüber einer Dienststelle der Bundesanstalt für Arbeit nach § 60 Abs. 1 Nr. 2 des Ersten Buches,
4. Verstöße gegen das Arbeitnehmerüberlassungs-gesetz,
5. Verstöße gegen die Vorschriften des Vierten Buches über die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen, soweit sie im Zusammenhang mit den in den Nummern 1 bis 4 genannten Verstößen stehen,

6. Verstöße gegen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, soweit sie im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen zur Unfallversicherung stehen,
7. Verstöße gegen Steuergesetze,
8. Verstöße gegen das Ausländergesetz.

Sie unterrichten die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Behörden sowie die Behörden nach § 20 des Ausländergesetzes. Die Unterrichtung kann auch Angaben über die Tatsachen enthalten, die für die Einziehung der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung erheblich sind. Die Unterrichtung über personenbezogene Daten, die nach den §§ 284 bis 302 von Versicherten erhoben werden, ist unzulässig.

§ 307

Bußgeldvorschriften

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer
1. a) als Arbeitgeber entgegen § 204 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder
 - b) entgegen § 204 Abs. 1 Satz 3, auch in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1, oder § 205 Nr. 3 oder
 - c) als für die Zahlstelle Verantwortlicher entgegen § 202 Satz 1
- eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
2. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 1 eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder
 3. entgegen § 206 Abs. 1 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 5 000 Deutsche Mark geahndet werden.

Artikel 2

Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (860-1)

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Artikel 30 des Gesetzes vom 16. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2441), wird wie folgt geändert:

1. § 21 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Nummern 1 bis 4 und 5 bis 7 werden durch folgende Nummern 1 bis 4 ersetzt:
 - „1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,

2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere
 - a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
 - b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - d) Krankenhausbehandlung,
 - e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
 - f) Betriebshilfe für Landwirte,
 - g) Krankengeld,
3. bei Schwerpflegebedürftigkeit häusliche Pflegehilfe,
4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld,“.

b) Die Nummer 8 wird Nummer 5.

2. In § 29 Abs. 1 Nr. 1 nach Buchstabe e werden die Worte „Kur- und Spezialeinrichtungen“ durch die Worte „und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ ersetzt.

3. § 37 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Das Erste und Zehnte Buch gelten für alle Leistungsbereiche dieses Gesetzbuchs, soweit sich aus dem Zweiten bis Neunten Buch nichts Abweichendes ergibt; Artikel II § 1 bleibt unberührt.“

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (860-4-1)

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...) wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift des Artikels I wird das Wort „Sozialversicherung“ durch die Worte „Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung“ ersetzt. Die darauffolgende Kapitelüberschrift „Erstes Kapitel Gemeinsame Vorschriften“ wird gestrichen.
2. In § 1 Abs. 1 wird das Wort „Kapitels“ durch das Wort „Buches“ ersetzt.
3. In § 2 Abs. 2 werden die Nummern 4 bis 7 gestrichen.
4. In § 18b Abs. 2 Satz 2 wird die Verweisung „§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

5. In § 36 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „§ 362 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „§ 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
6. In § 36a Abs. 3 werden vor dem Wort „gelten“ die Worte „sowie § 63 Abs. 3a und 4“ eingefügt.
7. § 43 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 4 wird gestrichen.
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Krankenversicherungsträger“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
8. In § 47 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte „Trägern der Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
9. In § 63 wird nach Absatz 3 eingefügt:

„(3 a) Ein Mitglied eines Selbstverwaltungsorgans darf bei der Beratung und Abstimmung nicht anwesend sein, wenn hierbei personenbezogene Daten eines Arbeitnehmers offengelegt werden, der ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, oder wenn das Mitglied des Selbstverwaltungsorgans Angehöriger der Personalverwaltung des Betriebes ist, dem der Arbeitnehmer angehört. Diesen Personen darf insbesondere auch bei der Vorbereitung einer Beratung keine Kenntnis von solchen Daten gegeben werden. Personenbezogene Daten im Sinne der Sätze 1 und 2 sind

1. die in § 76 Abs. 1 des Zehnten Buches bezeichneten Daten und
2. andere Daten, soweit Grund zur Annahme besteht, daß durch die Kenntnisnahme der genannten Personen schutzwürdige Belange des Arbeitnehmers beeinträchtigt werden.“

Artikel 4

Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (860-10-1/2, 860-10-3)

(1) In § 79 Abs. 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469, 2218), das zuletzt durch Artikel 11 Abs. 1 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird angefügt:

„Für die Zulässigkeit der Datenspeicherung, -veränderung und -nutzung durch die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ergeben sich die Zwecke aus den diesen Stellen nach diesem Gesetzbuch jeweils vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben.“

(2) Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450), zuletzt geändert durch Artikel 11 Abs. 2 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 96 Abs. 3 wird angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit sie Aufgaben der Gesundheitsvorsorge, der Rehabilitation und der Forschung wahrnehmen, die dem Ziel dienen, gesundheitliche Schäden bei Versicherten zu verhüten oder zu beheben. § 76 bleibt unberührt.“

2. In § 100 Abs. 1 Satz 3 werden die Worte „Kur- und Spezialeinrichtungen“ durch die Worte „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ ersetzt.

ZWEITER TEIL

Änderung weiterer Gesetze

Artikel 5

Reichsversicherungsordnung (820-1)

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 122 und 123 werden gestrichen.
2. Im Zweiten Buch werden die §§ 165 bis 178, § 179 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5 und 6 und Abs. 2 und 3, die §§ 180 bis 194, 200 c, 200 d, 201 bis 326, 342 bis 348, 359, 362 bis 367 a, § 368 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 bis 3 und Abs. 3 bis 6, die §§ 368 a bis 368 m, § 368 n Abs. 1 bis 5, Abs. 6 Satz 2 bis 9 und Abs. 7 bis 9, § 368 o, § 368 p Abs. 1 bis 5, Abs. 6 Satz 2 und Abs. 7 sowie die §§ 368 q bis 406, 408, 410, 414, 414 a und 414 d bis 536 a gestrichen.
3. In § 179 wird die Klammerbezeichnung „(1)“ und die Verweisung „(§ 225)“ gestrichen sowie die Nummer 3 wie folgt gefaßt:

„3. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.“
4. Die Überschrift vor § 195 sowie die §§ 195 bis 200 b werden wie folgt gefaßt:

„III. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

§ 195

(1) Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. stationäre Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld.

(2) Für die Leistungen nach Absatz 1 gelten die für die Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch geltenden Vorschriften entsprechend, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. § 16 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld und Entbindungsgeld. Bei Anwendung des § 65 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben die Leistungen nach Absatz 1 unberücksichtigt.

§ 196

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe.

(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erhält die Versicherte Arznei-, Verband- und Heilmittel. § 31 Abs. 3 und § 32 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten nicht.

§ 197

Wird die Versicherte zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung, für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 198

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Abs. 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 199

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 200

(1) Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld, wenn sie vom Beginn des zehnten bis zum Ende des vierten Monats vor der Entbindung mindestens zwölf Wochen Mitglieder waren oder in einem Arbeitsverhältnis standen.

(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimar-

beit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 25 Deutsche Mark für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Übersteigt das Arbeitsentgelt 25 Deutsche Mark kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder vom Bund nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Das Zeugnis darf nicht früher als eine Woche vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes ausgestellt sein. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Zeitpunkt der Entbindung, verlängert sich die Bezugsdauer entsprechend.

(4) Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

§ 200 a

(1) Der Bund zahlt den Krankenkassen für jeden Leistungsfall nach § 200 einen Pauschbetrag von 400 Deutsche Mark.

(2) Das Nähere über den Nachweis sowie über die Abrechnungszeiträume und die Gewährung von Vorschüssen bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 200 b

Versicherte, die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 200 haben, erhalten nach der Entbindung ein Entbindungsgeld von 150 Deutsche Mark."

5. In § 350 werden die Worte „das Versicherungsamt“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

6. § 354 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 6 Satz 1 werden die Worte „den Vorsitzenden des Versicherungsamts“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.
- b) Der so geänderte Absatz 6 wird Absatz 5.

7. § 355 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Dienstordnung bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung und der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Aufgaben steht.“

- b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.

8. In § 356 Satz 1 werden die Worte „das Oberversicherungsamt“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

9. § 357 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „Ausschusses“ durch die Worte „der Vertreterversammlung“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 werden die Worte „das Versicherungsamt“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

10. In § 368 Abs. 2 Satz 4 werden die Worte „ferner die Verordnung von Maßnahmen nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe e sowie“ gestrichen.

11. § 407 wird wie folgt geändert:

- a) Die Klammerbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

- b) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Verträge mit Leistungserbringern vorbereiten oder abschließen, soweit im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,“

- c) Die Nummern 3 und 4 werden gestrichen.

- d) Die bisherigen Nummern 5 bis 7 werden Nummern 3 bis 5.

12. In § 409 Nr. 3 werden die Worte „des etwa gewählten Ausschusses“ durch die Worte „der etwa gewählten Vertreterversammlung“ ersetzt.

13. In § 411 Abs. 2 wird das Wort „Kassenausschüsse“ durch das Wort „Vertreterversammlungen“ ersetzt.

14. In § 412 Abs. 1 Satz 1 wird die Verweisung „(§ 293)“ gestrichen.

15. § 413 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Für die Angestellten des Verbandes gelten die §§ 349 bis 357 und 360 entsprechend.“

- bb) Der bisherige Satz 3 und nunmehrige Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung gilt § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

16. § 414 b wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 bis 2 a werden gestrichen.

- b) Im bisherigen Absatz 3 wird die Klammerbezeichnung „(3)“, in Satz 2 die Verweisung „(§ 346)“ sowie Satz 3 gestrichen.

17. In § 547 werden die Worte „unbeschadet des § 565,“ gestrichen.

18. § 560 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

- b) Absatz 3 wird gestrichen.

19. § 561 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Für das Verletztengeld gilt bei Arbeitnehmern § 47 Abs. 1, 2 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, daß das Regelentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des dreihundertsechzigsten Teiles des Höchstjahresarbeitsverdienstes (§ 575 Abs. 2) zu berücksichtigen ist.“

- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 47 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

- c) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 47 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

20. § 565 wird gestrichen.

21. In § 568 a Abs. 3 Satz 2 wird der letzte Halbsatz nach dem Strichpunkt wie folgt gefaßt:

„zwischenzeitliche Erhöhungen des Übergangsgeldes nach den §§ 561 und 568 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 47 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.“

22. In § 569 a Nr. 4 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:

„§ 38 Abs. 4 und § 132 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend,“

23. In § 589 Abs. 1 Nr. 1 wird der letzte Halbsatz nach dem Strichpunkt durch folgenden Text ersetzt:

„vom Sterbegeld sind die Kosten der Bestattung zu bestreiten; es ist an denjenigen auszus zahlen, der die Bestattungskosten trägt; ein etwaiger Überschuß verbleibt beim Versicherungsträger,“

24. § 779a wird gestrichen.
25. § 779b Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
„Absatz 1 gilt entsprechend.“
26. In § 779d Abs. 1 wird die Verweisung „§ 19 Abs. 1 Satz 2 und 3“ durch die Verweisung „§ 13 Abs. 1“ ersetzt.
27. In § 881 Abs. 2 werden die Worte „§ 477 Nr. 1 bis 3“ durch die Worte „§ 176 Nr. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
28. In § 1228 Abs. 1 Nr. 4 wird nach Buchstabe d der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:
„e) auf Grund einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
29. In § 1237b Abs. 1 Nr. 5 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:
„§ 38 Abs. 4 und § 132 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“
30. In § 1240 Satz 4 wird die Verweisung „§ 189 Abs. 2“ durch die Verweisung „§ 49 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
31. In § 1241 Abs. 1 Satz 1 wird die Verweisung „(§ 182 Abs. 4 und 5)“ durch die Verweisung „(§ 47 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ und das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
32. § 1241f wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
33. In § 1243 Abs. 2 wird die Verweisung „§ 184 Abs. 3“ durch die Verweisung „§ 39 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
34. § 1304e wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:
„1. nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert ist oder“.
b) Absatz 2 Satz 1 bis 3 wird wie folgt gefaßt:
„Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 1 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie aus der Rente der Rentenversicherung zu tragen haben. Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 2 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie bei Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aus ihrer Rente zu tragen hätten, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen

Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bezieht ein Rentner mehrere Renten aus der Rentenversicherung, wird der Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet.“

35. § 1400 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Beitragsberechnung sind die für die Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen einschließlich eines Betrages nach § 1385 Abs. 3a zugrunde zu legen. Überschreiten die Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 226 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (§ 1385 Abs. 2) nach den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, die für krankenversicherungspflichtige Personen gelten. § 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden; bei der Anwendung seines Absatzes 4 ist, wenn Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), andernfalls die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung.“

36. Die §§ 1504 und 1508 werden gestrichen.

Artikel 6

Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (8252-1)

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 1 bis 6, § 7 Nr. 1, 2 und 5 bis 7, die §§ 8 bis 21b und 32 bis 73, § 74 Abs. 2 und 3 sowie die §§ 75 bis 118 werden gestrichen.
2. § 7 Nr. 3 wird wie folgt gefaßt:
„3. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft,“.
3. Die Überschrift vor § 22 sowie die §§ 22 bis 31 werden wie folgt gefaßt:

„IV. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

§ 22

(1) Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. stationäre Entbindung,

4. häusliche Pflege,
5. Betriebshilfe, Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld.

(2) Für die Leistungen nach Absatz 1 gelten die für die Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch geltenden Vorschriften entsprechend, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. § 16 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld und Entbindungsgeld. Bei Anwendung des § 65 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben die Leistungen nach Absatz 1 unberücksichtigt.

§ 23

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe.

(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erhält die Versicherte Arznei-, Verband- und Heilmittel. § 31 Abs. 3 und § 32 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten nicht.

§ 24

Wird die Versicherte zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung, für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 25

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Abs. 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 26

(1) Die Satzung kann bestimmen, daß für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Mehrlings- und Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung, gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(2) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,

3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

§ 27

(1) Die Satzung kann bestimmen, daß für landwirtschaftliche Unternehmer Haushaltshilfe gewährt wird, wenn der Versicherten, dem Ehegatten des Versicherten oder dem versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen, letzterem, sofern er die Aufgaben des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers ständig wahrnimmt, wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.

(2) Die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 bis 5, § 6 und § 23 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte genannten Versicherten mit eigenem Haushalt erhalten Haushaltshilfe, soweit ihnen wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

§ 28

Als Betriebs- oder Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, sind die Kosten für eine selbstbeschaffte betriebsfremde Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Satzung regelt das Nähere. Sie hat dabei die Besonderheiten landwirtschaftlicher Betriebe und Haushalte zu berücksichtigen. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

§ 29

(1) Die in Absatz 2 und 3 genannten weiblichen Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld, wenn sie vom Beginn des zehnten bis zum Ende des vierten Monats vor der Entbindung mindestens zwölf Wochen Mitglieder waren oder in einem Arbeitsverhältnis standen.

(2) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind und bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 25

Deutsche Mark für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Übersteigt das Arbeitsentgelt 25 Deutsche Mark kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder vom Bund nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt.

(3) Für

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind, jedoch die Voraussetzungen für den Bezug des Mutterschaftsgeldes nach Absatz 2 nicht erfüllen,
2. mitarbeitende Familienangehörige, die nicht rentenversicherungspflichtig sind,
3. die in § 155 des Arbeitsförderungsgesetzes genannten Versicherten

wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(4) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Das Zeugnis darf nicht früher als eine Woche vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes ausgestellt sein. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Zeitpunkt der Entbindung, verlängert sich die Bezugsdauer entsprechend.

(5) Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

§ 30

(1) Der Bund zahlt den Krankenkassen für jeden Leistungsfall nach § 29 einen Pauschbetrag von 400 Deutsche Mark.

(2) Das Nähere über den Nachweis sowie über die Abrechnungszeiträume und die Gewährung von Vorschüssen bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 31

Versicherte, die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 29 haben, erhalten nach der Entbindung ein Entbindungsgeld von 150 Deutsche Mark."

Artikel 7

Angestelltenversicherungsgesetz
(821-1)

Das Angestelltenversicherungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 1 Nr. 5 wird nach Buchstabe d der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„e) auf Grund einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. In § 14 b Abs. 1 Nr. 5 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:

„§ 38 Abs. 4 und § 132 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

3. In § 17 Satz 4 wird die Verweisung „§ 189 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 49 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

4. In § 18 Abs. 1 Satz 1 werden die Verweisung „(§ 182 Abs. 4 und 5 Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 47 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ und die Worte „der Regellohn“ durch die Worte „das Regelentgelt“ ersetzt.

5. § 18 f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.

6. In § 20 Abs. 2 wird die Verweisung „§ 184 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 39 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

7. § 83 e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert ist oder“.

b) Absatz 2 Satz 1 bis 3 wird wie folgt gefaßt:

„Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 1 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie aus der Rente der Rentenversicherung zu tragen haben. Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 2 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie bei Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aus ihrer Rente zu tragen hätten, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bezieht ein Rentner mehrere Renten aus der Rentenversicherung, wird der Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet.“

8. § 122 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Beitragsberechnung sind die für die Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen einschließlich eines Betrages nach § 112 Abs. 3a zugrunde zu legen. Überschreiten die Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 226 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (§ 112 Abs. 2) nach den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, die für krankenversicherungspflichtige Personen gelten. § 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden; bei der Anwendung seines Absatzes 4 ist, wenn Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), andernfalls die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung.“

9. In § 126 a Abs. 3 Satz 3 wird die Verweisung „§ 393 Abs. 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 246 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 8

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

ERSTER ABSCHNITT

Aufgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen, versicherter Personenkreis

§ 1

Aufgaben der Krankenversicherung für Landwirte

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen als Solidargemeinschaften der Versicherten haben durch Aufklärung und Beratung den Versicherten zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten, zu bessern oder wieder-

herzustellen. Sie erbringen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten sowie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit Leistungen nach den folgenden Vorschriften. Die §§ 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 2

Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein-, Obst-, Gemüse- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, eine auf Bodenbewirtschaftung beruhende Existenzgrundlage bildet; § 1 Abs. 4 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte gilt,
2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne daß ihr Unternehmen eine Existenzgrundlage im Sinne der Nummer 1 bildet, wenn
 - a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 4 oder 8 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte festgesetzte Mindesthöhe für eine Existenzgrundlage um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und
 - b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,
3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,
4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug von Altersgeld, vorzeitigem Altersgeld, Hinterbliebenengeld oder Landabgaberente oder als Waise die Voraussetzungen für den Bezug von Waisengeld nach § 3 a des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte erfüllen und diese Leistungen beantragt haben,
5. Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten dieser Personen.

(2) Als landwirtschaftliche Unternehmer nach Absatz 1 Nr. 1 gelten Unternehmer der Seen- und Fluß-

fischerei und der Imkerei, deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, eine Existenzgrundlage bildet; für die Bestimmung der Existenzgrundlage gilt § 1 Abs. 8 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte. Soweit sich die folgenden Vorschriften auf landwirtschaftliche Unternehmen beziehen, gelten sie entsprechend für die in Satz 1 genannten Unternehmen.

(3) Unternehmer ist derjenige, für dessen Rechnung das Unternehmen geht. Wird ein landwirtschaftliches Unternehmen von mehreren Personen gemeinsam (Mitunternehmer), einer Personenhandelsgesellschaft oder einer juristischen Person betrieben, gelten die Mitunternehmer, die Gesellschafter und die Mitglieder der juristischen Person als landwirtschaftliche Unternehmer, sofern sie hauptberuflich außerhalb eines rentenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses im Unternehmen tätig sind oder in das Unternehmen Flächen eingebracht haben, die im Zeitpunkt der Einbringung eine auf Bodenbewirtschaftung beruhende Existenzgrundlage bildeten und von ihnen bis zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr als landwirtschaftliches Unternehmen selbst bewirtschaftet worden sind. Betreiben Ehegatten gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen, gilt derjenige Ehegatte als Unternehmer, der das Unternehmen überwiegend leitet. Ist nicht festzustellen, wer das Unternehmen überwiegend leitet, bestimmt die Krankenkasse, welcher Ehegatte als Unternehmer gilt.

(4) Mitarbeitende Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägerter bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder (Personen, mit denen der Unternehmer oder sein Ehegatte durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haushalt aufgenommen hat) eines landwirtschaftlichen Unternehmers im Sinne des Absatzes 3 oder seines Ehegatten, die in seinem landwirtschaftlichen Unternehmen hauptberuflich beschäftigt sind. Sind beide Ehegatten mitarbeitende Familienangehörige, ist nur derjenige versicherungspflichtig, der überwiegend in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.

(5) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen ist, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig sind, für die in Absatz 1 Nr. 4 genannten Personen, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind, und für die in Absatz 1 Nr. 5 genannten Personen, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 4 versicherungspflichtig sind.

(6) Der Bezug des in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorruhestandsgeldes steht einer hauptberuflichen Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger gleich, wenn der Familienangehörige unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes nach Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig war. Als in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete landwirtschaftliche Unternehmer gelten auch die zur Zahlung von Vorruhestandsgeld Verpflichteten.

§ 3

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,
2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist oder
3. nach dem Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt ist.

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. die in § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
2. die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) genannten Rentner und Rentenantragsteller, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind oder wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 versicherungspflichtig sind und in den letzten fünf Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 bezeichneten Leistungen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung neun Zehntel dieser Zeit versichert waren; hat in diesem Zeitraum auch eine Versicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden, ist die landwirtschaftliche Krankenkasse nur dann zuständig, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 bezeichneten Leistungen mindestens die Hälfte der Zeit die Mitgliedschaft oder die Versicherung nach § 7 durchgeführt hat,
3. die in § 5 Abs. 1 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die wegen berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz berechnetes Übergangsgeld beziehen, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
4. die in § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Behinderten, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
5. die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Studenten, Praktikanten und die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Abs. 1 versicherungspflichtig sind.

(3) Von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 ist befreit, wer

1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,

2. nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Rentner oder Rentenantragsteller,
 3. nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) oder
 4. nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259)
- von der Versicherungspflicht befreit ist.

§ 4

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht nach § 2 befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. durch seine Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer, wenn der Wirtschaftswert (§ 40 Abs. 1 und 3) seines landwirtschaftlichen Unternehmens 60 000 Deutsche Mark übersteigt, oder
2. durch den Antrag auf eine der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen oder den Bezug einer der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen.

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an; sie kann nicht widerrufen werden. Sie ist ausgeschlossen, wenn bereits Leistungen nach diesem Gesetz in Anspruch genommen worden sind.

(3) Die nach Absatz 1 Nr. 1 von der Versicherungspflicht befreiten Personen erhalten auf ihren Antrag von der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, sobald sie die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 erfüllen und wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 7 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen. Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Zweiundzwanzigstels der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden. Zuständig ist die landwirtschaftliche Krankenkasse, die die Befreiung nach Absatz 1 festgestellt hat.

§ 5

Befristete Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Landwirtschaftliche Unternehmer werden auf Antrag von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 befreit, solange sie als Arbeitnehmer beschäftigt, nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld

versichert sind. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn der Antrag innerhalb eines Monats gestellt wird. Wird der Antrag später gestellt, tritt die Befreiung mit dem Ersten des Kalendermonats ein, der auf die Antragstellung folgt.

(2) Unternehmer der Seen- und Flußfischerei und der Imkerei, die nur auf Grund des § 2 Abs. 2 versicherungspflichtig sind, werden auf Antrag von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 befreit, solange sie bei einer anderen Krankenkasse freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt.

§ 6

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die aus der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens sechs Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 23 werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 4 oder Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach dem Beginn der Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Mitglied.

§ 7

Familienversicherung

(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Familienversicherung besteht auch für den im landwirtschaftlichen Unternehmen tätigen Ehegatten des landwirtschaftlichen Unternehmers oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er nur wegen der Vorschriften des § 2 Abs. 3 oder 4 nicht versicherungspflichtig wird. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht.

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm

ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet.

ZWEITER ABSCHNITT

Leistungen

§ 8

Grundsatz

(1) Für die Leistungen nach diesem Gesetz gilt das Dritte Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Krankengeld wird nur gewährt, soweit dies in den §§ 12 und 13 vorgesehen ist.

(3) § 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Landesverbandes der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen tritt.

§ 9

Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Kurmaßnahme nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, daß Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

§ 10

Haushaltshilfe

(1) Die Satzung kann bestimmen, daß für landwirtschaftliche Unternehmer Haushaltshilfe gewährt wird, wenn dem Versicherten, dem Ehegatten des Versicherten oder dem versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen, letzterem, sofern er die Aufgaben des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers ständig wahrnimmt, wegen Krankheit oder einer medizinischen Kurmaßnahme nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.

(2) Für die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 bis 5, § 6 und § 23 genannten Versicherten mit eigenem Haushalt gilt § 38 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 11

Ersatzkraft bei Betriebs- und Haushaltshilfe

Als Betriebs- oder Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, sind die Kosten für eine selbstbeschaffte betriebsfremde Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Die Satzung regelt das Nähere. Sie hat dabei die Besonderheiten landwirtschaftlicher Betriebe und Haushalte zu berücksichtigen. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

§ 12

Krankengeld für rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die rentenversicherungspflichtig sind, erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 13

Krankengeld für nicht rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

(1) Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, erhalten Krankengeld in Höhe eines Achtels des in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages; die Satzung kann das Krankengeld bis auf ein Viertel dieses Betrages erhöhen.

(2) Das Krankengeld wird wegen derselben Krankheit für längstens achtundsiebzig Wochen gewährt, auch wenn während der Bezugszeit von Krankengeld eine weitere Krankheit hinzutritt.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhalten würde, wenn er als Arbeitnehmer einen gesetzlichen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle hätte. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

(4) § 44 Abs. 1 Satz 1, § 46 Satz 1, § 48 Abs. 3 und die §§ 49 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 14

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

§ 54 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, daß bei der Feststellung der für die Ansprüche auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erforderlichen Vorversicherungszeit von dem Zeitpunkt der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des Versicherten, frühestens jedoch vom 1. Oktober 1972 auszugehen ist.

DRITTER ABSCHNITT

Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

§ 15

Vertragsrecht

Für die Beziehungen der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu den Leistungserbringern gelten die Vorschriften des Vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 16

Anstellung von Personen zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege, Betriebs- und Haushaltshilfe

Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann die zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege und gemeinsam mit der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft und der landwirtschaftlichen Alterskasse die zur Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfe benötigten Personen anstellen. Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge zu schließen.

Vierter Abschnitt

Organisation der Krankenkassen

§ 17

Träger der Versicherung, Aufsicht

(1) Träger der Krankenversicherung der Landwirte sind die bei jeder landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichteten landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Die Aufsicht über die landwirtschaftlichen Krankenkassen führt die Aufsichtsbehörde der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, bei der die Krankenkassen errichtet sind.

(3) Die landwirtschaftliche Krankenversicherung im Land Berlin wird von der landwirtschaftlichen Krankenkasse durchgeführt, die bei der Hannoverschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichtet ist. Die Zuständigkeit der bei der Gartenbau-Berufsgenossenschaft errichteten landwirtschaftlichen Krankenkasse für das Land Berlin bleibt hiervon unberührt.

§ 18

Zusammenarbeit der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

(1) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben bei der Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben und bei der Betreuung und Beratung der Versicherten zusammenzuarbeiten.

(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben die zur Durchführung der Krankenversicherung und Betreuung der Versicherten erforderlichen Verwaltungsstellen zu errichten. Die Verwaltungsstellen haben auch laufende Verwaltungsaufgaben für die landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wahrzunehmen.

(3) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen können einzelnen Mitgliedern mit deren Zustimmung für örtliche Bezirke insbesondere die Annahme von Meldungen und Anträgen sowie die Beratung der Versicherten übertragen. Die entstandenen Aufwendungen sind zu erstatten. Die Vertreterversammlung kann feste Sätze für den Ersatz der Aufwendungen beschließen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 19

Zuständigkeit

(1) Versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer sind Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die bei der für den Unternehmer zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft besteht. Betreibt der Unternehmer mehrere landwirt-

schaftliche Unternehmen, ist er Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die für das Unternehmen mit dem höchsten Wirtschaftswert zuständig ist. Versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige sind Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, bei der der landwirtschaftliche Unternehmer versichert ist oder bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz versichert wäre.

(2) Mit Ausnahme der in Absatz 1 Genannten sind Versicherungspflichtige, Antragsteller nach § 23 Abs. 1 und Versicherungsberechtigte Mitglieder der Krankenkasse, in deren Bezirk sie ihren Wohnort haben.

§ 20

Wahlrecht zur Gärtner-Krankenkasse

Mitglieder der Gärtner-Krankenkasse (Ersatzkasse) können Gärtner, Floristen und in diesen Berufen Auszubildende, Gartenarbeiter sowie Beschäftigte und Auszubildende in Gartenbaubetrieben werden, wenn sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig oder nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsbe-rechtigt sind.

§ 21

Wahlrecht der Studenten und Praktikanten

(1) Die Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse können wählen

1. eingeschriebene Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen,
2. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,

wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 bestand.

(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Aufbringung der Mittel für die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen gelten.

§ 22

Beginn der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft beginnt

1. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Aufnahme der Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer,
2. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 5 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Aufnahme in das Mitgliederverzeichnis,

3. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger,

4. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Stellung des Antrags auf Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Waisengeld oder Landabgaberente,

5. für die in § 2 Abs. 1 genannten Versicherungspflichtigen, die nach § 3 Abs. 1 Mitglied einer anderen Krankenkasse sind, mit dem Zeitpunkt, zu dem ihre Mitgliedschaft als Versicherungspflichtige bei dieser Krankenkasse endet.

(2) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse. Die Mitgliedschaft der in § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 7.

§ 23

Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Geldleistung aus der Altershilfe

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug dieser Leistungen zu erfüllen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Beantragung einer Leistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte. Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Person nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig ist.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 22 Abs. 1 Nr. 4 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt, daß die Mitgliedschaft nach Absatz 1 nicht eintritt. Die Erklärung ist innerhalb eines Monats nach Stellung des Leistungsantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben. Satz 1 gilt nicht für die in § 44 Abs. 2 genannten Versicherten.

(3) Eine Mitgliedschaft nach Absatz 1 wird nicht für Personen begründet, die von der Versicherungspflicht nach den §§ 4, 5 oder 59 Abs. 1 befreit sind; § 3 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Die Mitgliedschaft nach Absatz 1 hat Vorrang vor einer Mitgliedschaft nach § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn für die Person die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 Nr. 2 für eine vorrangige Versicherungspflicht nach diesem Gesetz vorliegen.

§ 24

Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit dem Tag der Aufgabe der Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer,
3. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der landwirtschaftliche Unternehmer, dessen Unternehmen keine Existenzgrundlage im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bildet, die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a genannte Mindesthöhe für eine Existenzgrundlage um mehr als die Hälfte unterschreitet oder Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen hat, das die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b genannte Höhe übersteigt,
4. mit dem Tag der Aufgabe der hauptberuflichen Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger,
5. mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über den Wegfall des Anspruchs auf Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Landabgaberente oder Waisengeld unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig eine dieser Leistungen zu zahlen ist,
6. mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über die Gewährung von Altersgeld, vorzeitigem Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Landabgaberente oder Waisengeld für zurückliegende Zeiträume unanfechtbar wird,
7. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied als Versicherungspflichtiger Mitglied einer anderen Krankenkasse wird.

(2) Für das Ende der Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder gilt § 191 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 25

Fortbestehen der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Versicherungspflichtigen bleibt erhalten, solange

1. Anspruch auf Krankengeld oder auf Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder Erziehungsgeld bezogen wird oder
2. von einem Rehabilitationsträger während einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des

Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

(3) Bei Wehr- und Zivildienst gilt § 193 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 26

Verfassung, Satzung, Organe

(1) Für die Verfassung gelten die §§ 194 bis 197 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind der Geschäftsführer und der Stellvertreter des Geschäftsführers der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, bei der sie errichtet ist.

§ 27

Meldepflichten landwirtschaftlicher Unternehmer und früherer Versicherter

(1) Versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer haben die Aufnahme und die Aufgabe der Tätigkeit als landwirtschaftliche Unternehmer sowie alle sonstigen die Versicherungspflicht und Beitragshöhe sowie die Mitgliedschaft berührenden Tatbestände innerhalb von zwei Wochen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden.

(2) Die landwirtschaftlichen Unternehmer haben die Aufnahme und die Aufgabe der Beschäftigung der versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen innerhalb von zwei Wochen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden. Die §§ 28a bis 28c des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(3) Personen, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 erfüllen, haben sich bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden.

§ 28

Meldepflichten bei Wehrdienst und Zivildienst

Bei Einberufung zu einem Dienst auf Grund gesetzlicher Dienstpflicht von mehr als drei Tagen regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Verteidigung, dem Bundesminister der Finanzen und dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Meldeverfahren.

§ 29

Meldepflichten bei Bezug einer Leistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte oder einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung

(1) Wer eine der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die landwirtschaftliche Krankenkasse einzureichen. Die landwirtschaftliche Alterskasse hat die Meldung unverzüglich an die landwirtschaftliche Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Für Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, gilt § 201 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, daß die landwirtschaftliche Krankenkasse die Meldung erhält, wenn bei ihr eine Vorrentenversicherung besteht.

(3) Der Rentenversicherungsträger hat der landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
2. den Tag der Rücknahme des Rentenanspruches,
3. bei Ablehnung des Rentenanspruches den Tag, an dem die Ablehnung unanfechtbar geworden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und Ruhen der Rente,
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten die in § 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen, daß der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihr versicherungspflichtig geworden ist; dies gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht nach diesem Gesetz endet.

(4) Die landwirtschaftliche Alterskasse hat der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen zu melden. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat der anderen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen, daß eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen nach diesem Gesetz versicherungspflichtig geworden ist; dies gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht nach diesem Gesetz endet.

(6) Die Krankenkasse hat der landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen, daß eine der in § 2 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 genannten Personen nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig geworden ist; dies gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften endet.

§ 30

Meldepflichten bei berufsfördernden Maßnahmen, Bezug von Vorruhestandsgeld, Versorgungsbezügen und Erziehungsgeld

Für die Meldepflichten bei Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen sowie bei Bezug von Vorruhestandsgeld, Versorgungsbezügen und Erziehungsgeld gelten § 200 Abs. 1 Nr. 2 und 3, § 202 und § 203 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 31

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte, eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge,
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 32

Auskunftspflicht

Für Versicherte und landwirtschaftliche Unternehmer, bei denen versicherungspflichtige Familienangehörige mitarbeiten, gilt § 206 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 33

Prüfpflicht

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen prüfen mindestens alle vier Jahre die für die Versicherung und die Erhebung der Beiträge maßgebenden Tatsachen.

FÜNFTER ABSCHNITT**Bundesverband, Wahrnehmung von Aufgaben der Landesverbände**

§ 34

Aufgaben des Bundesverbandes

(1) Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht beim Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen. Im übrigen gilt das Siebte Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Neben den in § 217 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufgaben hat der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen die Zuschüsse des Bundes auf die Mitgliedskassen zu verteilen.

(3) Die Verwaltungskosten sind nach den Grundsätzen des § 52 zu erstatten.

§ 35

Organe des Bundesverbandes

(1) Selbstverwaltungsorgane des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind die Selbstverwaltungsorgane des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen.

(2) Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind der Geschäftsführer und der Stellvertreter des Geschäftsführers des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen. Für die Geschäftsführer und für die Stellvertreter des Geschäftsführers sind jeweils einheitliche Dienstbezüge nach den Grundsätzen des § 5 des Bundesbesoldungsgesetzes festzusetzen. Die Festsetzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Satzung kann für den Stellvertreter des Geschäftsführers eine von Satz 1 abweichende Regelung treffen.

§ 36

Wahrnehmung von Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen

Die Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch nimmt für die landwirtschaftliche Krankenversicherung die landwirtschaftliche Krankenkasse wahr, in deren Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat. Die betroffenen Krankenkassen können die Zuständigkeit abweichend von Satz 1 vereinbaren,

1. wenn sich der Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die Bezirke oder auf Teile der Bezirke mehrerer landwirtschaftlicher Krankenkassen erstreckt,
2. wenn sich der Bezirk einer landwirtschaftlichen Krankenkasse auf die Bereiche mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen erstreckt.

Vereinbarungen nach Satz 2 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden mitzuteilen.

SECHSTER ABSCHNITT

Finanzierung

§ 37

Grundsatz

(1) Die Mittel für die landwirtschaftliche Krankenversicherung werden durch Beiträge, durch Zuschüsse des Bundes und durch sonstige Einnahmen aufgebracht.

(2) Die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen sind vom Bund zu tragen, soweit sie nicht durch Beiträge nach den §§ 44 und 45 gedeckt sind.

(3) Die Zuschüsse nach § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 trägt der Bund.

§ 38

Festsetzung der Beiträge

Die Beiträge für die in § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 6 genannten Versicherungsberechtigten sind so festzusetzen, daß sie und die sonstigen Einnahmen für den Zeitraum des Haushaltsjahres die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben für diesen Personenkreis und für ihre nach § 7 versicherten Familienangehörigen sowie die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Für die Festsetzung sind der Betrag der vorgesehenen Einnahmen um einen zu Beginn des Haushaltsjahres vorhandenen Betriebsmittelüberschuß und der Betrag der vorgesehenen Ausgaben um eine erforderliche Auffüllung des Betriebsmittelbestandes zu erhöhen. § 220 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 39

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer

(1) Bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern werden, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Die §§ 227 bis 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Beiträge aus den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten sind nur zu entrichten,

wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt. Für die Berechnung dieser Beiträge gilt der nach § 248 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Ortskrankenkassen des Landesverbandes, in dessen Bereich die landwirtschaftliche Krankenkasse ihren Sitz hat.

(3) Beiträge aus der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Rente sind nach dem in § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragssatz bis zu der in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten.

§ 40

Beitragsberechnung bei Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft

(1) Die Beiträge nach § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 werden nach Beitragsklassen festgesetzt. Die Satzung bestimmt die Beitragsklassen für die versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer nach dem Wirtschaftswert, dem Arbeitsbedarf oder einem anderen angemessenen Maßstab. Soweit Flächen nach Maßgabe der Verordnung (EWG) Nr. 1094/88 des Rates vom 25. April 1988 zur Änderung der Verordnungen (EWG) Nr. 797/85 und Nr. 1760/87 hinsichtlich der Stilllegung von Ackerflächen und der Extensivierung und Umstellung der Erzeugung (ABl. EG Nr. L 106 S. 28) durch Brachlegen mit oder ohne Wechselwirtschaft stillgelegt werden, gilt der am Tag vor der Stilllegung maßgebliche Wert des jeweiligen Maßstabes. Die Satzung muß mindestens fünf und darf höchstens zehn Beitragsklassen vorsehen. Der Beitrag der höchsten Beitragsklasse muß mindestens das Dreifache des Beitrags der niedrigsten Beitragsklasse betragen und darf den sich aus Absatz 2 ergebenden Vergleichsbeitrag nicht übersteigen.

(2) Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem durchschnittlichen Beitragssatz der Ortskrankenkassen zu ermitteln. Der durchschnittliche Beitragssatz wird berechnet aus dem Vorphundertssatz, der für versicherungspflichtige Mitglieder gilt, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben, und der Zahl der Ortskrankenkassen, die ihren Sitz im Bezirk der landwirtschaftlichen Krankenkasse haben.

(3) Für die Ermittlung des Wirtschaftswertes gilt § 1 Abs. 5 Satz 1 bis 4 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte. Ist der Wirtschaftswert des Gesamtunternehmens oder von Teilen des Unternehmens nicht zu ermitteln, ist von der genutzten Fläche und dem der Nutzungsart entsprechenden durchschnittlichen Hektarwert in der Gemeinde auszugehen.

(4) Der Arbeitsbedarf wird nach dem Durchschnittsmaß der für das Unternehmen erforderlichen menschlichen Arbeit unter Berücksichtigung der Kulturarten bemessen und nach der Zahl der Arbeitstage oder nach der Flächengröße festgesetzt. Das Nähere über

die Ermittlung des Arbeitsbedarfs bestimmt die Satzung.

(5) Bei Anwendung eines anderen angemessenen Maßstabes bestimmt die Satzung das Verfahren.

(6) Macht der Beitragspflichtige trotz Aufforderung der landwirtschaftlichen Krankenkasse die für die Festsetzung des Wirtschaftswertes oder des Arbeitsbedarfs erforderlichen Angaben nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, kann der Beitrag bis zur ordnungsgemäßen Meldung nach dem von der Krankenkasse der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Maßstab geschätzt und festgesetzt werden.

(7) Die Beiträge aus den in § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten dürfen zusammen mit den nach Absatz 1 zu entrichtenden Beiträgen den Beitrag der höchsten Beitragsklasse nicht übersteigen. Bei der Beitragsberechnung werden die in § 39 Abs. 1 Satz 1 genannten Einnahmearten in der Reihenfolge Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit herangezogen. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zu der in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. § 231 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 41

Auskunftspflicht des Beitragspflichtigen

Macht der Beitragspflichtige trotz Aufforderung der Krankenkasse die für die Festsetzung des außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommens erforderlichen Angaben nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, kann der Beitrag bis zur ordnungsgemäßen Meldung nach dem von der Krankenkasse geschätzten außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen festgesetzt werden.

§ 42

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

(1) Der Beitrag für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige aus ihrer Beschäftigung im landwirtschaftlichen Unternehmen wird durch die Satzung festgesetzt. Er beträgt mindestens 50 vom Hundert und höchstens 75 vom Hundert des Beitrages, den der landwirtschaftliche Unternehmer, in dessen Unternehmen der Familienangehörige beschäftigt ist, aus seinem Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft selbst zu zahlen hat oder zu zahlen hätte, wenn er nach diesem Gesetz versichert wäre. Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder die als Auszubildende beschäftigt sind, beträgt der Beitrag die Hälfte des in Satz 1 genannten Vorphundertssatzes.

(2) Steht der versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige gleichzeitig in einem anderen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, erhebt die landwirtschaftliche Krankenkasse die auf das Beschäftigungsverhältnis entfallenden Beiträge nach den Vorschriften, die für die Krankenkasse gelten, deren Mitglied der Versicherte ohne die Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenkasse wäre. § 178 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 25 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

(4) Die §§ 39 und 41 gelten entsprechend. Die Beiträge aus den in § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten dürfen zusammen mit dem Betrag des Unternehmerbeitrags den Beitrag der höchsten Beitragsklasse nicht übersteigen. § 40 Abs. 7 Satz 2 bis 4 gilt.

(5) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige sind Beiträge nach Absatz 1 nicht zu entrichten, solange sie Krankengeld oder Mutterchaftsgeld erhalten oder Erziehungsgeld beziehen.

§ 43

Beitragsberechnung für besondere Personengruppen

(1) Die Beitragsberechnung bei Wehr- und Zivildienst richtet sich nach § 244 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Für die Beitragsberechnung bei Bezug von Vorruhestandsgeld gilt § 42 Abs. 1 Satz 2 entsprechend.

§ 44

Beitragsberechnung für Antragsteller auf eine Geldleistung der Altershilfe

(1) Der Beitrag für nach § 23 versicherte Personen wird durch die Satzung festgesetzt. § 239 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Beitragsfrei sind während der Dauer der Mitgliedschaft nach § 23 Abs. 1

1. der hinterbliebene Ehegatte eines Beziehers von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld, wenn die Ehe vor Vollendung des fünfundsiebzigsten Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
2. der hinterbliebene Ehegatte eines Beziehers von Landabgaberente,
3. die Waise, deren verstorbener Elternteil bis zu seinem Tod Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Hinterbliebenengeld bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
4. Personen, für die ohne die Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 eine Versicherung nach § 7 dieses Gesetzes oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestünde.

§ 45

Beitragsberechnung für Altenteller

(1) Bei den nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 Versicherungspflichtigen werden der Beitragsbemessung in folgender Reihenfolge zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch),
2. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 229 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. das Arbeitseinkommen mit Ausnahme von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft.

(2) Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmearten insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und soweit diese Einnahmearten zusammen mit der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Der Beitragsatz für diese Einnahmearten bestimmt sich nach § 39 Abs. 2 Satz 2; für die Rente gilt § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41.

§ 46

Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt. Die §§ 224 und 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41.

§ 47

Tragung der Beiträge

Vorbehaltlich des § 48 tragen versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder sowie die in § 23 Abs. 1 genannten Antragsteller die Beiträge allein.

§ 48

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Die landwirtschaftlichen Unternehmer tragen die Beiträge nach § 42 Abs. 1 für die versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen. Haben mehrere landwirtschaftliche Unternehmer gleichzeitig für denselben mitarbeitenden Familienangehörigen Beiträge zu tragen, darf der Beitrag insgesamt den höchsten Beitrag, den einer der Unternehmer nach § 42 Abs. 1 zu zahlen hat, nicht übersteigen. Die landwirtschaftliche Krankenkasse verteilt die Beitragsanteile.

(2) Der zuständige Leistungsträger trägt die nach § 40 Abs. 1, § 42 Abs. 1 oder § 46 während des Bezugs

von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld zu zahlenden Beiträge.

(3) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 43 Abs. 1.

§ 49

Zahlung der Beiträge

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat.

§ 50

Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 255 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus Versorgungsbezügen zu zahlen haben, sind von den Zahlstellen der Versorgungsbezüge einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 256 Abs. 1 Satz 2 bis 4 und Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

§ 51

Verwendung und Verwaltung der Mittel, Rücklage und Gesamtrücklage

(1) Für die Verwendung und Verwaltung der Mittel gelten die §§ 259 bis 263 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Satzung kann den Durchschnittsbetrag der Betriebsmittel auf den zweifachen Monatsbetrag der Ausgaben erhöhen.

(2) Bei der Bestimmung der Höhe der Rücklage kann in der Satzung ein Vomhundertsatz festgelegt werden, der mindestens der Hälfte und höchstens dem zweifachen des durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll) entspricht. Bei der Berechnung des Rücklagesolls bleiben die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen außer Ansatz.

(3) Beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann eine Gesamtrücklage gebildet werden.

§ 52

Erstattung der Verwaltungskosten

Verwaltungskosten, die der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft oder der landwirtschaftlichen Alterskasse auf Grund dieses Gesetzes entstehen, sind von der bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichteten landwirtschaftlichen Krankenkasse zu erstatten. Verwaltungskosten, die der landwirtschaftlichen Krankenkasse durch die Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft oder der landwirtschaftlichen Alterskasse entstehen, sind ihr zu erstatten.

§ 53

Verordnungsermächtigung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres bestimmen über

1. die Nachweise der Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten und der Zuschüsse nach § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 sowie die Zahlung der Zuschüsse des Bundes,
2. die Zahlung der Beiträge nach den §§ 44 und 45.

§ 54

Finanzausgleiche

Für den Finanzausgleich bei aufwendigen Leistungsfällen und anderen aufwendigen Belastungen sowie für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen gelten die §§ 265 und 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 55

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

Für die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

SIEBTER ABSCHNITT

Medizinischer Dienst, Versicherungs-
und Leistungsdaten, Datenschutz

§ 56

Medizinischer Dienst, Versicherungs-
und Leistungsdaten, Datenschutz

Für den Medizinischen Dienst, die Versicherungs- und Leistungsdaten sowie den Datenschutz gelten die §§ 275 bis 305 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

ACHTER ABSCHNITT

Bußgeldvorschriften, Anwendung sonstiger
Vorschriften

§ 57

Bußgeldvorschriften, Zusammenarbeit

(1) Ordnungswidrig handelt, wer

1. a) entgegen § 27 Abs. 1 oder Abs. 2 Satz 1 oder 2 in Verbindung mit § 28 a Abs. 1 bis 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch oder entgegen § 31 Nr. 3 oder
- b) als für die Zahlstelle von Versorgungsbezügen Verantwortlicher entgegen § 30 in Verbindung mit § 202 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,

2. einer Rechtsverordnung nach § 27 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit § 28 c Nr. 1 bis 5, 7 oder 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist, oder
3. entgegen § 32 in Verbindung mit § 206 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
 - a) eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder
 - b) die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 5 000 Deutsche Mark geahndet werden.

(3) Für die Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten gilt § 306 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 58

Anwendung sonstiger Vorschriften

Soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt, gelten für die landwirtschaftlichen Krankenkassen und deren Bundesverband die §§ 690 bis 704 und 978 der

Reichsversicherungsordnung und die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

NEUNTER ABSCHNITT

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 59

(1) Eine Befreiung nach den §§ 4 und 94 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung kann nicht widerrufen werden. Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat eine Befreiung von der nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bestehenden Versicherungspflicht auf Antrag des Befreiten zu widerrufen, wenn dieser ohne die Befreiung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig wäre; der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Erfüllung der Voraussetzungen für diese Versicherungspflicht zu stellen.

(2) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und nach diesem Gesetz versicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Satz 1 gilt entsprechend, wenn für einen Angehörigen des in Absatz 1 Satz 2 Genannten eine Versicherung nach § 7 entsteht, oder wenn zugunsten einer Person, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3, 4 oder 5 versicherungspflichtig wird, ein Versicherungsvertrag besteht.

(3) Die von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 befreiten Personen erhalten auf ihren Antrag von der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen, versichert sind. Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Zweiundzwanzigstels der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden. Zuständig ist die landwirtschaftliche Krankenkasse, die die Befreiung nach Absatz 1 festgestellt hat. Der Anspruch entfällt, solange Anspruch auf den Zuschuß nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

§ 60

(1) Die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Versicherten, die im Monat Dezember 1982 wegen des Bezugs einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 95 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der am 31. Dezember 1982 geltenden Fassung Anspruch auf einen Zuschuß des Trägers der Rentenversicherung zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen hatten, erhalten für die Dauer des Rentenbezugs einen Beitragsnachlaß in Höhe des für den Monat Dezember 1982 gezahlten Zuschusses.

(2) Die nach Absatz 1 entstehenden Beitragsausfälle sind durch Beiträge auszugleichen, die von Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden.

§ 61

(1) Die auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen übergegangene Verpflichtung zur Versorgung der ehemaligen dienstordnungsmäßig Angestellten einer Landkrankenkasse und ihrer Hinterbliebenen richtet sich nach den versorgungsrechtlichen Vorschriften, die am 1. Oktober 1972 anzuwenden waren. Werden hiernach Bezüge der Versorgungsempfänger allgemein erhöht oder vermindert, erhöhen oder vermindern sich von demselben Zeitpunkt an die Versorgungsbezüge der in Satz 1 genannten Personen entsprechend. Das gleiche gilt bei Änderungen der Versorgungsstruktur zugunsten der Versorgungsempfänger.

(2) Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen nimmt einen Ausgleich der Versorgungsleistungen, die die landwirtschaftlichen Krankenkassen nach § 106 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung und nach Absatz 1 zu erbringen haben, unter Verwendung des von den Ortskrankenkassen zu erstattenden Teils nach den Grundsätzen vor, nach denen der Versorgungsausgleich bis zum 30. September 1972 vom Bundesverband der Landkrankenstellen durchgeführt wurde.

(3) Die Ortskrankenkassen, auf die Mitglieder der Landkrankenstellen übergegangen sind, haben in ihrer Gesamtheit den landwirtschaftlichen Krankenkassen den Aufwand für Versorgungsleistungen nach § 106 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung und nach Absatz 1 zu dem Teil zu erstatten, der dem Verhältnis entspricht, in dem die Mitglieder der Landkrankenstellen Mitglieder der Ortskrankenkassen geworden sind. Der Bundesverband der Ortskrankenkassen und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen legen den Vorhundertssatz, zu dem die Versorgungsleistungen zu erstatten sind, durch schriftliche Vereinbarung fest. Der Bundesverband der Ortskrankenkassen erhebt den zu erstattenden Teil der Versorgungsleistungen durch eine Umlage von den in Satz 1 bezeichneten Ortskrankenkassen und überweist ihn dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(4) Die Verpflichtungen, die den Landkrankenstellen auf Grund der Dreiundzwanzigsten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes fallenden Personen vom 15. August 1959 (BGBl. I S. 634) oblagen, sind am 1. Oktober 1972 auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen übergegangen, mit denen Landkrankenstellen vereinigt worden sind. Die nach § 2 der in Satz 1 bezeichneten Verordnung aufzubringenden Mittel sind zu dem Teil von den Ortskrankenkassen zu erstatten, der dem Ver-

hältnis entspricht, in dem die Mitglieder der Landkrankenstellen Mitglieder der Ortskrankenkassen geworden sind. Absatz 2 und Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten.

§ 62

Rechtsverordnungen und allgemeine Verwaltungsvorschriften, die auf Grund von Vorschriften erlassen worden sind, auf die dieses Gesetz verweist, gelten auch für die Krankenversicherung der Landwirte.

§ 63

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 9

Reichsknappschaftsgesetz (822-1)

Das Reichsknappschaftsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . .), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 15 bis 19 werden gestrichen.
2. § 20 wird wie folgt gefaßt:

„§ 20

Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit dieses Gesetz und § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, nichts Abweichendes bestimmen.“

3. In § 30 Abs. 1 Nr. 4 wird am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„d) auf Grund einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

4. In § 36 b Abs. 1 Nr. 5 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:

„§ 38 Abs. 4 und § 132 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend,“

5. In § 39 Satz 4 wird die Verweisung „§ 189 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Ver-

weisung „§ 49 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

6. In § 40 Abs. 1 Satz 1 werden die Verweisung „(§ 182 Abs. 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 47 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ und die Worte „der Regellohn“ durch die Worte „das Regellentgelt“ ersetzt.
7. § 40f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
8. In § 42 Abs. 2 wird die Verweisung „§ 184 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 39 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
9. § 96c wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Rentenbezieher, der

 1. nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert ist oder
 2. freiwillig nach den in Nummer 1 genannten Gesetzen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert ist,

erhält zu seiner Rente einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 1 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie aus der Rente der Rentenversicherung zu tragen haben. Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 2 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie bei Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aus ihrer Rente zu tragen hätten, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bezieht ein Rentner mehrere Renten aus der Rentenversicherung, wird der Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet.“
10. In § 113 Satz 2 wird die Verweisung „§ 385 Abs. 1a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

11. § 114 Abs. 1a wird gestrichen.

12. In § 116 Satz 2 wird die Verweisung „§§ 200 und 200a“ durch die Verweisung „§ 200“ ersetzt.

13. Die §§ 117 und 119 werden gestrichen.

14. § 120 wird wie folgt gefaßt:

„§ 120

Die Verwaltungskosten für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtigen Rentner werden der knappschaftlichen Krankenversicherung von der knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet.“

15. Die §§ 121 und 125 werden gestrichen.

16. § 159 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Beschäftigten bei der Bundesknappschaft werden bei der Bundesknappschaft versichert. Die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht und das Recht zur freiwilligen Versicherung richten sich für die knappschaftliche Rentenversicherung nach den Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung, soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt. Für die knappschaftliche Krankenversicherung richten sich die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht und das Recht zur freiwilligen Versicherung nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

17. Die §§ 204, 204a und 239 werden gestrichen.

Artikel 10

Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter (826-28)

Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716), wird wie folgt geändert:

(1) Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Kranken- und“ gestrichen.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „Kranken- und“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 wird gestrichen.
 - c) In Absatz 4 wird das Wort „Sozialversicherung“ durch das Wort „Rentenversicherung“ ersetzt.
3. Die §§ 4 bis 7 werden gestrichen.
4. In § 8 Satz 1 werden die Worte „des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr“ durch die Worte „der monatli-

chen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.

(2) Artikel 3 § 1 wird gestrichen.

Artikel 11 Künstlersozialversicherungsgesetz (8253-1)

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2794), wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt gefaßt:

„§ 5

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird nach diesem Gesetz nicht versichert, wer

1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist,
 2. nach § 159 des Reichsknappschaftsgesetzes versichert ist,
 3. nach § 155 des Arbeitsförderungsgesetzes versichert ist,
 4. nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert ist,
 5. bei einer Krankenkasse freiwillig versichert ist,
 6. nach § 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei ist,
 7. nach § 159 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 6 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei ist,
 8. nicht nur vorübergehend eine nicht unter § 2 Abs. 1 fallende Tätigkeit erwerbsmäßig ausübt."
2. In § 6 Abs. 1 werden die Worte „einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung" durch die Worte „einer Krankenkasse" ersetzt.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung als Jahresarbeitsverdienstgrenze" durch die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Jahresarbeitsentgeltgrenze" ersetzt.
 - b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte „Jahresarbeitsverdienstgrenze nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung" durch die Worte „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.
4. In § 8 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „§ 180 a Abs. 2 und § 393 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung" durch die Verweisung „§ 234

Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.

5. § 12 wird wie folgt gefaßt:

„§ 12

Der Beitragsanteil des Versicherten zur Erfüllung der Verpflichtungen, die der Künstlersozialkasse zugunsten des Versicherten gegenüber der zuständigen Krankenkasse obliegen, bemißt sich nach dem Arbeitseinkommen aus einer oder mehreren Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 bis zu der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze. Soweit in anderen gesetzlichen Vorschriften Beitragsbemessungsgrenzen für kürzere Zeiträume festgesetzt sind, sind sie nicht anzuwenden. Hat die Versicherung nur für Teile des Kalenderjahres bestanden, so ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze nur mit dem entsprechenden Teil zu berücksichtigen. § 11 Abs. 3 gilt. Für Zeiten, in denen Anspruch auf Kranken- oder Mutterschaftsgeld besteht oder Beiträge nach § 251 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu entrichten sind, ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze entsprechend herabzusetzen."

6. In § 13 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Krankenkassen (§ 225 der Reichsversicherungsordnung)" durch die Worte „Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen" ersetzt.

Artikel 12 Handwerkerversicherungsgesetz (8250-1)

In § 5 Abs. 2 des Handwerkerversicherungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8250-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, werden die Worte „Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung" durch die Worte „Krankenkassen" ersetzt.

Artikel 13 Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung (8230-35)

Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung vom 15. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2241) wird gestrichen. Auf Ansprüche nach dieser Vorschrift, die vor dem 1. Januar 1989 entstanden sind, ist § 28 c des Heimkehrergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 84-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 39 dieses Gesetzes geändert worden ist, bis zum 30. Juni 1990 entsprechend anzuwenden.

Artikel 14

Arbeiterrentenversicherungs- Neuregelungsgesetz (8232-4)

Artikel 2 des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8232-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 28 a Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) § 1304 e der Reichsversicherungsordnung in der vom 1. Juli 1989 an geltenden Fassung gilt auch für Versicherungsfälle vor dem 1. Juli 1989. Besteht am 1. Juli 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, der nicht nur nach Anwendung von § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rentenanpassungsgesetzes 1988 für Juni 1989 höher als 5,9 vom Hundert der Rente war, wird der Zuschuß zu der Rente und zu der umgewandelten Rente mindestens in der bisherigen Höhe, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung weitergeleistet. Bestand am 30. Juni 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für einen Berechtigten, der bereits zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem der deutschen Aufsicht unterliegenden Krankenversicherungsunternehmen versichert war, wird dieser Zuschuß in der bisherigen Höhe zu der Rente und zu der umgewandelten Rente weitergeleistet.“

2. In § 41 b Abs. 3 Satz 4 werden nach der Zahl „4“ die Worte „in der am 30. Juni 1989 geltenden Fassung“ angefügt.
3. § 51 a Abs. 4 wird gestrichen.

Artikel 15

Angestelltenversicherungs- Neuregelungsgesetz (821-2)

Artikel 2 des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 27 a Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) § 83 e des Angestelltenversicherungsgesetzes in der vom 1. Juli 1989 an geltenden Fassung gilt auch für Versicherungsfälle vor dem 1. Juli 1989. Besteht am 1. Juli 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, der nicht nur nach Anwendung von § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rentenanpassungsgesetzes

1988 für Juni 1989 höher als 5,9 vom Hundert der Rente war, wird der Zuschuß zu der Rente und zu der umgewandelten Rente mindestens in der bisherigen Höhe, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung weitergeleistet. Bestand am 30. Juni 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für einen Berechtigten, der bereits zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem der deutschen Aufsicht unterliegenden Krankenversicherungsunternehmen versichert war, wird dieser Zuschuß in der bisherigen Höhe zu der Rente und zu der umgewandelten Rente weitergeleistet.“

2. In § 40 b Abs. 3 Satz 4 werden nach der Zahl „4“ die Worte „in der am 30. Juni 1989 geltenden Fassung“ angefügt.

3. § 49 a Abs. 4 wird gestrichen.

Artikel 16

Knappschaftsrentenversicherungs- Neuregelungsgesetz (822-8)

Artikel 2 des Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-8, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Mai 1988 (BGBl. I S. 581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 c Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) § 96 c des Reichsknappschaftsgesetzes in der vom 1. Juli 1989 an geltenden Fassung gilt auch für die Versicherungsfälle vor dem 1. Juli 1989.“

2. In § 26 c wird die Zahl „1988“ durch die Zahl „1990“ ersetzt.

Artikel 17

Gesetz über Kassenarztrecht (8230-22)

Artikel 4 § 2 Abs. 3 des Gesetzes über Kassenarztrecht in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-22, veröffentlichten bereinigten Fassung, das durch § 89 des Gesetzes vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433) geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 18

Zulassungsordnung für Kassenärzte
(8230-25)

Die Zulassungsordnung für Kassenärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Juli 1987 (BGBl. I S. 1679), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung „Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte)“ wird ersetzt durch die Bezeichnung „Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV)“.
2. In § 1 Abs. 2 Buchstabe a werden die Worte „und die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte“ gestrichen.
3. In § 2 Abs. 1 werden die Worte „oder die Beteiligung“ gestrichen.
4. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:

„b) die Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit; wird die Vorbereitungszeit in Teilzeitbeschäftigung geleistet, verlängert sich die Vorbereitungszeit entsprechend.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Vorbereitungszeit muß eine sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes einschließen. Die verbleibenden sechs Monate sind in Stellen mit patientenbezogener Tätigkeit abzuleisten. Soweit die Tätigkeit als Arzt im Praktikum

 - a) im Krankenhaus in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde oder
 - b) in der Praxis eines niedergelassenen Arztes

abgeleistet worden ist, wird diese auf die Tätigkeit nach Satz 2 bis zur Höchstdauer von insgesamt sechs Monaten angerechnet.“
 - c) Nach Absatz 3 wird eingefügt:

„(4) Tätigkeiten nach Absatz 3 können nicht angerechnet werden, wenn sie in kürzeren Zeitabschnitten als drei Wochen abgeleistet werden.“
 - d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Worte „oder beteiligter“ gestrichen.
 - b) In Absatz 2 werden die Worte „oder beteiligt“ gestrichen.

6. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Worte „und die Beteiligung“ gestrichen sowie das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „sowie für die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung“ gestrichen.
- c) In Absatz 3 wird die Verweisung „(§ 368 m Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 81 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
7. In § 9 Abs. 2 werden nach dem Wort „Bevollmächtigten“ die Worte „bei berechtigtem Interesse“ eingefügt.
8. In § 12 Abs. 1 werden nach den Worten „Landesverbänden der Krankenkassen“ die Worte „und den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
9. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 werden die Worte „und die Landesverbände der Krankenkassen“ durch die Worte „die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 wird nach dem Wort „unterstützen“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der anschließende Text durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sollen die Ergebnisse nach Absatz 4 auswerten, gemeinsam beraten sowie den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von der Auswertung und dem Beratungsergebnis unterrichten.“

10. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Kommt das Einvernehmen bei der Aufstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplanes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach Anrufung durch einen der Beteiligten unverzüglich darüber zu beraten und zu entscheiden. Soweit die Hinzuziehung weiterer Beteiligter notwendig ist, gilt § 13 Abs. 1 und 2 entsprechend.“

11. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „oder den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 r Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 100 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

12. § 16b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „oder eines Landesverbandes der Krankenkassen“ durch die Worte „eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368t Abs. 7 bis 9 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 103 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

13. Nach § 24 wird eingefügt:

„§ 25

Die Zulassung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.“

- 14. In § 26 Abs. 1 wird die Verweisung „§ 368a Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- 15. In § 27 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368a Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- 16. In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „(§ 368a Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 95 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- 17. Der bisherige Abschnitt VIII wird gestrichen.
- 18. Der bisherige Abschnitt VIIIa wird neuer Abschnitt VIII und wie folgt gefaßt:

„Abschnitt VIII. Ermächtigung

§ 31

(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

- a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder
- b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen können im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absatzes 1 hinaus

Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung vorsehen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 auch Ärzte, die eine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften nicht besitzen, zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit ihnen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt worden ist.

(4) Die Ermächtigungen nach den Absätzen 1 bis 3 setzen die vorherige Teilnahme an einem Einführungslehrgang nach § 17 voraus.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen haben im Bundesmantelvertrag Regelungen über die Ermächtigung von Ärzten zu treffen, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages ausüben dürfen.

(6) Der Antrag auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten. Ihm sind die Approbationsurkunde sowie die in § 18 Abs. 1 Buchstabe c und Abs. 2 Buchstabe e genannten Bescheinigungen und Erklärungen beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(7) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In dem Ermächtigungsbeschluß ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

(8) Ein Arzt darf nicht ermächtigt werden, wenn die in § 21 genannten Gründe ihn für die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen. Die Ermächtigung ist zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, daß bei ihrer Erteilung Versagungsgründe im Sinne des Satzes 1 vorgelegen haben. Sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person des Arztes liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt werden.

(9) Die Ermächtigung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.

(10) Über die Ermächtigungen führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

§ 31a

(1) Die Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausärzters zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

(2) Der Antrag eines Krankenhausarztes auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten, in dessen Bereich das Krankenhaus gelegen ist. Ihm sind die in § 31 Abs. 6 genannten Bescheinigungen und Erklärungen, die Urkunde, aus der sich die Berechtigung zum Führen einer Gebietsbezeichnung ergibt, sowie eine schriftliche Zustimmungserklärung des Krankenhausärzters beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) § 31 Abs. 7 bis 10 gilt entsprechend."

19. Nach § 32 wird eingefügt:

„§ 32a

Der ermächtigte Arzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluß bestimmte kassenärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Satz 2 gilt nicht für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe b."

20. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe b wird gestrichen.

bb) In Buchstabe c wird an die Verweisung „§ 31 Abs. 1 bis 3" die Verweisung „oder § 31a Abs. 1" angefügt und die Verweisung „§ 31 Abs. 7" durch die Verweisung „§ 31 Abs. 10" ersetzt.

cc) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe b.

b) In Absatz 3 Buchstabe a werden die Worte „und Absatz 2 Buchstabe c" gestrichen.

21. § 54 wird gestrichen.

22. Die Anlage zu § 2 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„Anlage
(zu § 2 Abs. 2)

Muster für das Arztregister

Das Arztregister hat folgende Angaben zu enthalten:

1. Laufende Nummer
2. Name und Titel
3. Vorname
4. Wohnort

5. Geburtsdatum und -ort
6. a) Wohnungsanschrift
- b) Praxisanschrift
7. Staatsangehörigkeit
8. Fremdsprachenkenntnisse
9. Datum des Staatsexamens
10. Datum der Approbation
11. Datum der Promotion
12. Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet
13. Niedergelassen als
prakt. Arzt ab
- Arzt für ab
14. Ausübung sonstiger ärztlicher Tätigkeit ...
15. Eingetragen am
16. Zugelassen am
17. Zulassung beendet am
18. Zulassung ruht seit
19. Zulassung entzogen am
20. Approbation entzogen am
21. Approbation ruht seit
22. Verhängung eines Berufsverbotes am
23. Im Arztregister gestrichen am
24. Bemerkungen

Artikel 19

Zulassungsordnung
für Kassenzahnärzte
(8230-26)

Die Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Juli 1987 (BGBl. I S. 1681), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung „Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte (ZO-Zahnärzte)" wird ersetzt durch die Bezeichnung „Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte (Zahnärzte-ZV)".
2. In § 1 Abs. 2 Buchstabe a werden die Worte „und die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Zahnärzte" gestrichen.
3. In § 2 Abs. 1 werden die Worte „oder die Beteiligung" gestrichen.
4. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Worte „oder beteiligter" gestrichen.
 - b) In Absatz 2 werden die Worte „oder beteiligt" gestrichen.

5. § 6 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 werden die Worte „und die Beteiligung“ gestrichen sowie das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
 - In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „sowie für die Beteiligung an der kassenzahnärztlichen Versorgung“ gestrichen.
 - In Absatz 3 wird die Verweisung „(§ 368 m Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 81 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
6. In § 9 Abs. 2 werden nach dem Wort „Bevollmächtigten“ die Worte „bei berechtigtem Interesse“ eingefügt.
7. In § 12 Abs. 1 werden nach den Worten „Landesverbänden der Krankenkassen“ die Worte „und den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
8. § 13 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 4 werden die Worte „und die Landesverbände der Krankenkassen“ durch die Worte „, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.
 - In Absatz 5 wird nach dem Wort „unterstützen“ das Komma durch einen Punkt und der anschließende Text durch folgenden Satz ersetzt:
 „Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sollen die Ergebnisse nach Absatz 4 auswerten, gemeinsam beraten sowie den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen und den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von der Auswertung und dem Beratungsergebnis unterrichten.“
9. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Kommt das Einvernehmen bei der Aufstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplanes zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, hat der Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen nach Anrufung durch einen der Beteiligten unverzüglich darüber zu beraten und zu entscheiden. Soweit die Hinzuziehung weiterer Beteiligter notwendig ist, gilt § 13 Abs. 1 und 2 entsprechend.“
10. § 16 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „oder den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
 - In Absatz 3 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 r Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 100 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
11. § 16 b wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „oder eines Landesverbandes der Krankenkassen“ durch die Worte „eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen“ ersetzt.
 - In Absatz 2 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 t Abs. 7 bis 9 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 103 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
12. Nach § 24 wird eingefügt:
- „§ 25
- Die Zulassung eines Zahnarztes, der das fünf- und fünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.“
13. In § 26 Abs. 1 wird die Verweisung „§ 368 a Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 95 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
14. In § 27 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 a Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
15. In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „(§ 368 a Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 95 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
16. Der bisherige Abschnitt VIII wird gestrichen.
17. Der bisherige Abschnitt VIIIa wird neuer Abschnitt VIII und wie folgt gefaßt:
- „Abschnitt VIII. Ermächtigung
- § 31
- (1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte oder in besonderen Fällen zahnärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um
- eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder
 - einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.
- (2) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen können im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absatzes 1 hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung vorsehen.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können unter den Voraussetzungen des Absatzes

zes 1 auch Zahnärzte, die eine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften nicht besitzen, zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit ihnen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde erteilt worden ist.

(4) Die Ermächtigungen nach den Absätzen 1 bis 3 setzen die vorherige Teilnahme an einem Einführungslehrgang nach § 17 voraus.

(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen haben im Bundesmantelvertrag Regelungen über die Ermächtigung von Zahnärzten zu treffen, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages ausüben dürfen.

(6) Der Antrag auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten. Ihm sind die Approbationsurkunde sowie die in § 18 Abs. 1 Buchstabe c und Abs. 2 Buchstabe e genannten Bescheinigungen und Erklärungen beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(7) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Im Ermächtigungsbeschluß ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Zahnarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

(8) Ein Zahnarzt darf nicht ermächtigt werden, wenn die in § 21 genannten Gründe ihn für die Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen. Die Ermächtigung ist zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, daß bei ihrer Erteilung Versagungsgründe im Sinne des Satzes 1 vorgelegen haben. Sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person des Zahnarztes liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn zahnärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt werden.

(9) Die Ermächtigung eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der kassenzahnärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.

(10) Über die Ermächtigungen führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

§ 31a

(1) Die Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausrei-

chende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

(2) Der Antrag eines Krankenhausarztes auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten, in dessen Bereich das Krankenhaus gelegen ist. Ihm sind die in § 31 Abs. 6 genannten Bescheinigungen und Erklärungen, die Urkunde, aus der sich die Berechtigung zum Führen einer Gebietsbezeichnung ergibt, sowie eine schriftliche Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) § 31 Abs. 7 bis 10 gilt entsprechend."

18. Nach § 32 wird eingefügt:

„§ 32a

Der ermächtigte Zahnarzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluß bestimmte kassenzahnärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Satz 2 gilt nicht für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe b."

19. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe b wird gestrichen.

bb) In Buchstabe c wird an die Verweisung „§ 31 Abs. 1 bis 3" die Verweisung „oder § 31a Abs. 1" angefügt und die Verweisung „§ 31 Abs. 7" durch die Verweisung „§ 31 Abs. 10" ersetzt.

cc) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe b.

b) In Absatz 3 Buchstabe a werden die Worte „und Absatz 2 Buchstabe c" gestrichen.

20. Die Anlage zu § 2 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„Anlage

(zu § 2 Abs. 2)

Muster für das Zahnarztregister

Das Zahnarztregister hat folgende Angaben zu enthalten:

1. Laufende Nummer
2. Name und Titel
3. Vorname
4. Wohnort
5. Geburtsdatum und -ort
6. a) Wohnungsanschrift
- b) Praxisanschrift
7. Staatsangehörigkeit

8. Fremdsprachenkenntnisse
9. Datum des Staatsexamens
10. Datum der Approbation
11. Datum der Promotion
12. Niedergelassen ab
13. Ausübung sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit
14. Eingetragen am
15. Zugelassen am
16. Zulassung beendet am
17. Zulassung ruht seit
18. Zulassung entzogen am
19. Approbation entzogen am
20. Approbation ruht seit
21. Verhängung eines Berufsverbotes am
22. Im Zahnarztregister gestrichen am
23. Bemerkungen

Artikel 20

Schiedsamtsordnung (827-10)

Die Schiedsamtsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 7. März 1978 (BGBl. I S. 384), wird wie folgt geändert:

1. In der Bezeichnung wird das Wort „Schiedsamtsordnung“ durch das Wort „Schiedsamtsverordnung“ ersetzt.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesschiedsämter bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, zwei Vertretern der Ärzte (Zahnärzte) und zwei Vertretern der Krankenkassen. Jeder Vertreter hat zwei Stellvertreter.“
 - b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Einen Vertreter der Krankenkassen und seine Stellvertreter in den Landesschiedsämtern bestellt der Landesverband, für den durch Entscheidung des Landesschiedsamts der Vertragsinhalt festgesetzt wird.“
 - c) Nach Absatz 2 wird eingefügt:

„(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, fünf Vertretern der Ärzte (Zahnärzte) und fünf Vertretern der Krankenkassen. Jeder Vertreter hat zwei Stellvertreter. Die stellvertretenden Mitglieder in

den Bundesschiedsämtern werden durch die Körperschaft oder den Verband bestellt, die den Vertreter entsenden. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft bestellt.“

- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; danach wird angefügt:

„(5) Die Vorschriften dieser Verordnung gelten für die Landes- und Bundesschiedsämter gleichermaßen, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 89 Abs. 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

- b) Satz 3 wird gestrichen.

4. In § 12 Satz 2 werden in der Klammerverweisung die Worte „und § 22 b Abs. 3“ sowie nach dem Wort „tragen“ die Worte „nach Abzug eines Kostenanteils nach § 22 a Abs. 4 Sätze 1 und 2“ gestrichen.
5. Der Zweite Abschnitt „Besondere Vorschriften für die Schiedsämter für die kassenzahnärztliche Versorgung“ wird gestrichen.

Artikel 21

KV-Pauschalbeitragsverordnung (8230-30)

Die Verordnung über die pauschale Berechnung und die Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Dauer eines auf Grund gesetzlicher Pflicht zu leistenden Dienstes vom 13. November 1973 (BGBl. I S. 1664), geändert durch Verordnung vom 9. April 1976 (BGBl. I S. 1010), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Worte „Träger der Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 wird die Verweisung „§ 165 Abs. 1 Nr. 1 und 2, § 166 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und nach § 15 Abs. 1 und § 16 des Reichsknappschaftsgesetzes“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Worte „den Träger der Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ ersetzt.

- bb) In Satz 3 Nr. 1 wird die Verweisung „§ 209 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 193 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und werden die Worte „einem Träger der Kran-

kenversicherung" durch die Worte „einer Krankenkasse" ersetzt.

- cc) In Satz 3 Nr. 2 wird die Verweisung „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 und nach § 315 a der Reichsversicherungsordnung" durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und nach § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.

- d) In Absatz 4 werden die Worte „den Träger der Krankenversicherung" durch die Worte „die Krankenkasse" ersetzt.

2. In § 3 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „die Krankenkassen" durch die Worte „deren Mitgliedskassen" ersetzt.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Worte „Träger der Krankenversicherung" durch das Wort „Krankenkassen" ersetzt.
- b) In Absatz 4 werden die Worte „die Krankenkassen" durch die Worte „ihre Mitgliedskassen" ersetzt.

Artikel 22

Krankenhausfinanzierungsgesetz (2126-9)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I S. 33) wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die §§ 10 und 28 bleiben unberührt."

2. In § 5 Abs. 1 Nr. 7 werden die Worte „Kur- und Spezialeinrichtungen" durch die Worte „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.

3. § 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In der Nummer 5 werden die Worte „oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben" gestrichen und der Punkt durch ein Komma ersetzt.

- b) Es wird angefügt:

„6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen."

4. § 17 Abs. 4 a Satz 2, wird gestrichen.

5. In § 18 Abs. 1 wird angefügt:

„Die Pflegesatzvereinbarung bedarf der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die Mehrheit der Beteiligten nach

Satz 3 der Vereinbarung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht."

6. In § 27 wird die Verweisung „§ 525 a der Reichsversicherungsordnung" durch die Verweisung „§ 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.

7. § 28 wird wie folgt gefaßt:

„§ 28

Auskunftspflicht und Statistik

(1) Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie den zuständigen Behörden der Länder auf Verlangen Auskünfte über die Umstände zu erteilen, die für die Beurteilung der Bemessung und Entwicklung der Pflegesätze nach diesem Gesetz benötigt werden. Unter die Auskunftspflicht fallen insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung sowie die Kosten der Krankenhäuser, die im Krankenhaus in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeine Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen. Die zuständigen Landesbehörden können darüber hinaus von den Krankenhausträgern Auskünfte über Umstände verlangen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz benötigen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Gesetzes durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über Krankenhäuser einschließlich der in den §§ 3 und 5 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art des Krankenhauses und der Trägerschaft,
2. im Krankenhaus tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Aus- und Weiterbildung,
3. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten des Krankenhauses,
4. Kosten nach Kostenarten,
5. in Anspruch genommene stationäre und ambulante Leistungen,
6. Patienten nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Erkrankungen nach Hauptdiagnosen,
7. Ausbildungsstätten am Krankenhaus.

Auskunftspflichtig sind die Krankenhausträger gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen. Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser teilen die von der Statistik umfaßten Sachverhalte

gleichzeitig den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden mit.

(3) Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von Absatz 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Gesundheitswesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt."

Artikel 23

Bundespflugesatzverordnung (2126-9-8)

Die Bundespflugesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) wird wie folgt geändert:

1. § 7 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.“

2. In § 9 Abs. 4 Satz 2 wird die Verweisung „§§ 372 bis 374 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
3. In § 16 Abs. 8 wird die Verweisung „§§ 372 bis 374 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§§ 112 bis 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
4. In § 22 wird die Verweisung „§ 525a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 24

Apothekenbetriebsordnung (2121-2-2)

In § 14 Abs. 1 der Apothekenbetriebsordnung vom 9. Februar 1987 (BGBl. I S. 547) wird angefügt:

„Soweit es sich bei den Arzneimitteln um Teilmengen von Fertigarzneimitteln handelt, sind auf den Behältnissen und, soweit verwendet, den äußeren Umhüllungen die Angaben nach Satz 1 Nr. 1 bis 3 und außerdem

1. die Bezeichnung,
2. die Zulassungsnummer,
3. die Chargennummer,
4. die Darreichungsform,
5. das Verfalldatum mit dem Hinweis „verwendbar bis“,
6. die Kennzeichnung „verschreibungspflichtig“ bzw. „apothekenpflichtig“

des Fertigarzneimittels anzugeben und eine Ausfertigung der Packungsbeilage beizufügen.“

Artikel 25

Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung (826-3)

Abschnitt II des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 826-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel II § 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Artikel 2 § 1 wird wie folgt gefaßt:

„§ 1

Die Landesversicherungsanstalt ist Träger der Krankenversicherung für solche Aufgaben, die zweckmäßig gemeinsam für ihren Bezirk durchgeführt werden (Gemeinschaftsaufgaben).“

2. Artikel 2 § 2 wird gestrichen.

3. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

a) In § 1 werden die Worte „Krankenkassen (§ 225 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Worte „Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen“ ersetzt.

b) § 2 wird gestrichen.

c) § 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 3

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen und die Ersatzkassen für Arbeiter unterstehen den Weisungen der Landesversicherungsanstalt, soweit es sich um die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung handelt.“

d) § 5 wird wie folgt gefaßt:

„§ 5

Was über das Verhältnis der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zur Landesversicherungsanstalt vorgeschrieben ist, gilt entsprechend für das Verhältnis der See-Krankenkasse (§ 165 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zur Seekasse (§ 1375 der Reichsversicherungsordnung); es gilt nicht für die Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums und die Bundesbahn-Betriebskrankenkasse.“

4. Artikel 8 § 3 wird gestrichen.

Artikel 26

Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) (8230-10)

Die Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2241), wird wie folgt geändert:

1. Nummer 2 wird gestrichen.
2. Nummer 3 wird gestrichen.
3. Nummer 5 wird gestrichen.
4. In Nummer 6 wird in der Verweisung die Angabe „§ 413 Abs. 2 Satz 3, § 414 a“ durch die Angabe „§ 413 Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.

Artikel 27

Selbstverwaltungs- und Kranken- versicherungsangleichungsgesetz Berlin (826-12)

Das Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 826-12, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523), wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird gestrichen.
2. § 18 wird gestrichen.

Artikel 28

Sozialversicherungs-Angleichungs- gesetz Saar (826-19)

Das Sozialversicherungs-Angleichungsgesetz-Saar vom 15. Juni 1963 (BGBl. I S. 402), zuletzt geändert durch Artikel 30 des Gesetzes vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 werden nach dem Wort „Das“ die Worte „Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das“ eingefügt.
2. § 4 wird gestrichen.

Artikel 29

Selbstverwaltungsgesetz (827-6)

§ 33 des Selbstverwaltungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. August 1967 (BGBl. I S. 917), das zuletzt durch Artikel II § 21 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845) geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 30

Siebentes Gesetz zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes (827-6-3)

Artikel 3 § 2 Satz 2 des Siebenten Gesetzes zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes vom 3. August 1967 (BGBl. I S. 845) wird gestrichen.

Artikel 31

Sozialversicherungsabkommen

(1) In Artikel 2 Abs. 1 des Gesetzes vom 29. Juli 1977 zu dem Abkommen vom 4. Dezember 1973 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Spanischen Staat über Soziale Sicherheit und dem Ergänzungsabkommen vom 17. Dezember 1975 (BGBl. 1977 II S. 685) wird die Verweisung „§ 385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

(2) In

1. Artikel 2 Abs. 1 des Gesetzes vom 28. Juni 1974 zu dem Abkommen vom 25. April 1973 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Volksrepublik Polen über die Sozialversicherung von Arbeitnehmern, die in das Gebiet des anderen Staates vorübergehend entsandt werden (BGBl. 1974 II S. 925), das durch Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2241) geändert worden ist, sowie in
2. Artikel 3 Abs. 1
 - a) des Gesetzes vom 29. Juli 1977 zu dem Abkommen vom 27. Februar 1976 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Königreich Schweden über Soziale Sicherheit (BGBl. 1977 II S. 664), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Januar 1979 (BGBl. I S. 37) geändert worden ist,
 - b) des Gesetzes vom 2. September 1980 zu dem Abkommen vom 23. April 1979 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Finnland über Soziale Sicherheit (BGBl. 1980 II S. 1190),
 - c) der Verordnung vom 18. November 1977 zu dem Abkommen vom 29. April 1977 zwischen

der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland über den Verzicht auf die Erstattung von Aufwendungen für Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, der Leistungen an Arbeitslose sowie der Kosten für verwaltungsmäßige und ärztliche Kontrollen (BGBl. 1977 II S. 1221),

d) der Verordnung vom 11. April 1979 zu dem Abkommen vom 20. Juli 1978 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung des Großherzogtums Luxemburg über den Verzicht auf die Erstattung der Aufwendungen für Sachleistungen aus Anlaß von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (BGBl. 1979 II S. 368),

e) der Verordnung vom 18. Dezember 1979 zu dem Abkommen vom 27. April 1979 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung des Königreichs Dänemark über den Verzicht auf die Erstattung von Aufwendungen für Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, der Leistungen an Arbeitslose sowie der Kosten für verwaltungsmäßige und ärztliche Kontrollen (BGBl. 1979 II S. 1344) und

f) der Verordnung vom 27. Oktober 1981 zu dem Abkommen vom 20. März 1981 zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung Irlands über den Verzicht auf die Erstattung von Aufwendungen für Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, der Leistungen an Arbeitslose sowie der Kosten für verwaltungsmäßige und ärztliche Kontrollen (BGBl. 1981 II S. 931)

werden jeweils die Worte „in entsprechender Anwendung des § 1504 der Reichsversicherungsordnung“ gestrichen.

Artikel 32

Sozialgerichtsgesetz (330-1)

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2496), wird wie folgt geändert:

1. § 10 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für die in § 51 Abs. 2 Satz 1 genannten Streitigkeiten auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) sind eigene Kammern zu bilden.“

2. In § 17 Abs. 4 werden die Worte „Trägern und Verbänden der Krankenversicherung“ durch die

Worte „Krankenkassen und ihren Verbänden“ ersetzt.

3. § 51 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entstehen

1. auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände,

2. auf Grund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern und Krankenkassen sowie des Großgeräteausschusses oder

3. auf Grund von Entscheidungen oder Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände,

auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden; dies gilt nicht für Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach § 110 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grund einer Kündigung von Versorgungsverträgen entstehen, die für Hochschulkliniken oder Plankrankenhäuser (§ 108 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) gelten, oder in Angelegenheiten nach § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grund einer Zuordnung von medizinisch-technischen Großgeräten zu Hochschulkliniken oder Plankrankenhäusern entstehen.“

4. In § 57 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) In Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1, die auf Bundesebene festgesetzte Festbeträge betreffen, ist das Sozialgericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk die Bundesregierung ihren Sitz hat, in Angelegenheiten, die auf Landesebene festgesetzte Festbeträge betreffen, und in Angelegenheiten nach § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat.“

5. § 57 a wird wie folgt gefaßt:

„§ 57 a

In Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1 ist, wenn es sich um Fragen der Kassenarztzulassung (Kassenzahnarztzulassung) handelt, das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk die Kassenarztstelle (Kassenzahnarztstelle) liegt, in den anderen Angelegenheiten des Kassenarztrechts das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Kassenärztliche (Kassenzahnärztliche) Vereinigung ihren Sitz hat, jedoch in Angelegenheiten, die Entscheidungen oder Verträge auf Bundesebene betreffen, das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihren Sitz hat, und im übrigen, soweit durch Landesrecht nichts Abweichendes bestimmt ist, das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat.“

6. § 70 Nr. 4 wird wie folgt gefaßt:

„4. die in § 51 Abs. 2 Satz 1 genannten Entscheidungsgremien.“

7. § 97 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 wird die Verweisung „(§ 368 b Abs. 4 Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 96 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- b) In Nummer 5 wird die Verweisung „(§ 6 Abs. 4, § 15 Abs. 3 Satz 2 Selbstverwaltungsgesetz, § 414 d Reichsversicherungsordnung)“ gestrichen.

Artikel 33

Bundesausbildungsförderungsgesetz (2212-2)

§ 13 Abs. 2 a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), das zuletzt durch Gesetz vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, und wie folgt gefaßt:

„(2a) Für Auszubildende an Hochschulen, die

1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind,
2. der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beigetreten sind oder
3. bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und aus dieser Versicherung Leistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Krankengeldes entsprechen,

erhöht sich der Betrag nach Absatz 1 Nr. 2 für die Krankenversicherung um monatlich 45 DM.“

Artikel 34

Arbeitsförderungsgesetz (810-1)

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .), wird wie folgt geändert:

1. § 59 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 3 sowie Absatz 4 werden jeweils das Wort „Entgelts“ durch das Wort „Arbeitsentgelts“, das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“, die Worte „Der Regellohn“ durch die Worte „Das Regelentgelt“, das Wort „Regellohnes“ durch das Wort „Regelentgelts“, das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“ sowie das

Wort „Entgelt“ durch das Wort „Arbeitsentgelt“ ersetzt.

- b) In Absatz 3 Satz 1 und 3 wird außerdem jeweils die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

2. § 59 e wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.

3. § 105 b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „arbeitsunfähig“ die Worte „oder wird er während des Bezugs von Arbeitslosengeld auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt“ und nach dem Wort „Arbeitsunfähigkeit“ die Worte „oder stationären Behandlung“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 werden die Worte „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird gestrichen.

4. In § 111 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 werden die Worte „Beitragsätze für Pflichtversicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben“ durch die Worte „allgemeinen Beitragsätze“ ersetzt.

5. § 155 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 wird eingefügt:

„(3) Die Mitgliedschaft der nach Absatz 1 Versicherten beginnt mit dem Tage, von dem an Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld bezogen wird. Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird; § 190 Abs. 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; in ihm werden nach dem Wort „Vorschriften“ die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und“ eingefügt und die Worte „und des Reichsknappschaftsgesetzes“ gestrichen.

6. In § 156 wird das Wort „Erwerbslosigkeit“ durch die Worte „Wegfalls der Versicherungspflicht (§ 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

7. § 157 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefaßt:

„(2) Für die Berechnung der Beiträge ist der allgemeine Beitragssatz (§ 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) maßgeblich. Bei Versi-

cherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach Satz 1 der allgemeine Beitragssatz der Ortskrankenkasse, in deren Bezirk die landwirtschaftliche Krankenkasse ihren Sitz hat.

(3) Als beitragspflichtige Einnahmen (§ 223 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) gilt das durch 7 geteilte wöchentliche Arbeitsentgelt, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe oder des Unterhaltsgeldes zugrunde liegt, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. Für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ist das wöchentliche Arbeitsentgelt um das aus einer die Krankenversicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt zu kürzen."

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Verweisung „§ 381 Abs. 3a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 251 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

8. § 159 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach den Worten „angehört haben“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der restliche Satzteil gestrichen.

b) Absatz 3 wird gestrichen.

c) In Absatz 4 werden die Worte „bis 3“ durch die Worte „und 2“ ersetzt.

9. In § 160 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „§ 405 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

10. § 163 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die §§ 249 und 250 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

11. In § 164 Abs. 1 werden die Worte „(Regellohn, § 182 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Worte „(Regelentgelt, § 47 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

12. In § 179 wird die Ordnungszahl „1.“, nach der Verweisung „(§ 76 Abs. 4)“ der Strichpunkt sowie die Nummer 2 gestrichen.

Artikel 35 Vorruhestandsgesetz (810-34)

In § 3 Abs. 4 Satz 1 des Vorruhestandsgesetzes vom 13. April 1984 (BGBl. I S. 601), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2602) geändert worden ist, wird die Verweisung „§ 405 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 257 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 36 Arbeitssicherstellungsgesetz (800-18)

(1) Das Arbeitssicherstellungsgesetz vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), zuletzt geändert durch Artikel 84 § 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3341), wird wie folgt geändert:

1. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für einen Lehrer an einer privaten genehmigten Ersatzschule, der nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei ist, gilt Satz 1 entsprechend.“

b) In Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 sowie in § 17 Abs. 1 Satz 1 werden jeweils die Worte „Kranken- oder Hausgeld“ durch das Wort „Krankengeld“ ersetzt.

2. § 19 wird wie folgt gefaßt:

„§ 19

Krankenversicherung

(1) Beamte, Lehrer an privaten genehmigten Ersatzschulen, Richter auf Probe und Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, die auf Grund des § 6 Abs. 1 Nr. 2, 5 oder 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, bleiben auch während ihrer Verpflichtung in ein Arbeitsverhältnis versicherungsfrei, solange sie nach § 16 mit Dienstbezügen oder Unterhaltszuschuß beurlaubt sind oder ihr Arbeitsentgelt weiter erhalten.

(2) Personen, die nicht unselbständig beschäftigt und aus anderen Gründen als wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, werden während ihrer Verpflichtung in ein Arbeitsverhältnis auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Verpflichtung an, wenn der Antrag innerhalb eines Monats nach diesem Zeitpunkt gestellt wird, andernfalls vom Eingang des Antrages an. Über den Antrag entscheidet die zuständige Krankenkasse. Sie hat dem Antragsteller eine Bescheinigung über die Befreiung auszustellen, die dem neuen Arbeitgeber vorgelegt werden muß.

(3) Die Leistungen nach § 16, welche die laufenden Geldbezüge aus dem Arbeitsverhältnis übersteigen, und die Unterschiedsbeträge nach § 17 Abs. 1 werden als Entgelt nur bei der Berechnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berücksichtigt."

(2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 37

Bundesversorgungsgesetz (830-2)

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Gesetz vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gewährt. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und die Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 und 4.“

b) In Absatz 7 Satz 1 Buchstabe a und c wird jeweils das Wort „Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Nummern 3, 6 und 8 wie folgt gefaßt:

„3. Versorgung mit Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie sowie mit Brillen und Kontaktlinsen,“

„6. stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung,“

„8. Versorgung mit Hilfsmitteln,“

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) ihren Mitgliedern verpflichtet ist, gelten für die Leistungen nach Satz 1 entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt. Voll- oder teilstationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung wird gewährt, wenn ambulante Heilbehandlung nicht ausreicht.“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 1 eingefügt:

„Die Leistung wird abweichend von § 10 Abs. 7 Buchstabe d nicht dadurch ausgeschlossen, daß eine Krankenkasse zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist.“

c) In Absatz 3 werden in Satz 1 die Worte „orthopädische Versorgung“ durch die Worte „Versorgung mit Hilfsmitteln“ und in Satz 2 das

Wort „Krankenfahrzeugen“ durch das Wort „Rollstühlen“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Beschädigte erhalten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 Haushaltshilfe und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in entsprechender Anwendung der Vorschriften, die für die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) gelten.“

3. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für die Krankenbehandlung gilt § 11 Abs. 1 mit Ausnahme von Satz 1 Nr. 4 und Satz 3 entsprechend. Die Krankenbehandlung umfaßt auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation; für diese Leistungen gelten die Vorschriften für die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1).“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Worte „§ 11 Abs. 2 Satz 2“ durch die Worte „§ 11 Abs. 2 Satz 3“ ersetzt.

bb) Es wird angefügt:

„Berechtigte nach Satz 1 und 2 erhalten Haushaltshilfe entsprechend § 11 Abs. 4.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Berechtigte und Leistungsempfänger erhalten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 4, 5, 7 und 8 Leistungen zur Gesundheitsvorsorge in Form einer Kur in entsprechender Anwendung der Vorschriften, die für die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) gelten.“

d) Nach Absatz 4 wird eingefügt:

„(5) § 11 Abs. 4 gilt für Berechtigte oder Leistungsempfänger im Sinne des § 10 Abs. 4 und 5 entsprechend.“

e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

4. § 13 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Versorgung mit Hilfsmitteln umfaßt die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, Blindenführhunden und mit dem Zubehör der Hilfsmittel, die Instandhaltung und den Ersatz der Hilfsmittel und des Zubehörs sowie die Ausbildung im Gebrauch von Hilfsmitteln.“

5. § 16a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „entgangenen“ durch das Wort „erzielten“ und das Wort „(Regellohn)“ durch das Wort „(Regelentgelt)“ ersetzt.

- bb) In Satz 2 werden die Worte „Der Regellohn“ durch die Worte „Das Regelentgelt“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Regellohns“ durch das Wort „Regelentgelts“ und das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird das Wort „Regellohns“ durch das Wort „Regelentgelts“ und das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Der Regellohn“ durch die Worte „Das Regelentgelt“ ersetzt.
6. In § 16 b Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 wird jeweils das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
7. § 16 f wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
8. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Worte „einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „einer Krankenkasse“ ersetzt.
- b) Absatz 7 wird gestrichen; der bisherige Absatz 8 wird Absatz 7.
9. In § 18 a Abs. 1 Satz 3 werden jeweils die Worte „der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.
10. § 18 b wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Es wird angefügt:
- „(2) Berechtigte und Leistungsempfänger haben dem Arzt einen besonderen Bundesbehandlungsschein vorzulegen, wenn sie medizinische Leistungen im Rahmen einer nichtstationären Kurbehandlung in Anspruch nehmen. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.“
11. § 18 c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Worte „Heilstättenbehandlung, orthopädische Versorgung“ durch die Worte „Versorgung mit Hilfsmitteln“ ersetzt, nach dem Wort „Badekuren“ die Worte „nach § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3“ eingefügt und die Worte „§ 18 Abs. 1 bis 6 und 8“ durch die Worte „§ 18 Abs. 1 bis 7“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 werden die Worte „Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24 a werden als Sachleistungen erbracht, soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt.“
- bb) Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden Satz 2 und 3; dabei werden in dem bisherigen Satz 2 die Worte „Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungsträger“ die Worte „eine Sachleistung,“ eingefügt.
12. § 19 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Sind die Krankenkassen nicht nur nach diesem Gesetz verpflichtet, Heilbehandlung zu gewähren, so werden ihnen die Aufwendungen für voll- oder teilstationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Heilmittel, Brillen und Kontaktlinsen erstattet.“
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 werden eingefügt:
- „(3) Für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit an einen versicherten Empfänger einer Pflegezulage nach § 35 wird der Krankenkasse der in § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmte Betrag gezahlt.
- (4) Den Krankenkassen werden auch Aufwendungen für durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursachte Leistungen erstattet, die nach § 18 c Abs. 1 Satz 2 die Verwaltungsbehörde hätte erbringen müssen; der Umfang dieses Erstattungsanspruchs richtet sich nach den Rechtsvorschriften, die für die Verwaltungsbehörde gelten.“
- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5; in seinem Satz 1 werden nach den Worten „Absatz 2“ die Worte „bis 4“ eingefügt.
- e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 6.
13. In § 21 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „und der Ablauf der Leistungspflicht der Krankenkasse angegeben“ gestrichen.
14. § 24 a wird wie folgt geändert:
- a) Die Buchstaben a und b werden durch folgenden Buchstaben ersetzt:

- „a) Art, Umfang und besondere Voraussetzungen der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich Zubehör sowie der Ersatzleistungen (§ 11 Abs. 3) näher zu bestimmen.“
- b) Die bisherigen Buchstaben c bis e werden Buchstaben b bis d.
- c) Im neuen Buchstaben d werden die Worte „Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
15. § 26 a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1, 3 und 5 wird jeweils das Wort „Regellohns“ durch das Wort „Regelentgelts“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“, das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
16. In § 26 c Abs. 7 Satz 2 werden nach den Worten „Absatz 4 Satz 2 und 3“ die Worte „oder Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach anderen Rechtsvorschriften“ eingefügt.
17. In § 33 Abs. 4 wird die Verweisung „§ 35 Abs. 3“ durch die Verweisung „§ 35 Abs. 3 oder 4“ ersetzt.
18. § 35 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Worte „Krankenhausbehandlung, Badekur oder Heilstättenbehandlung“ durch die Worte „stationären Behandlung“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
- „Dies gilt nicht für Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:
- „(4) Werden dem Beschädigten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 oder entsprechende Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften gewährt, so wird der in § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmte Betrag auf die Pflegezulage angerechnet. Dies gilt nicht, wenn die Hilflosigkeit überwiegend auf schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen beruht.“

Artikel 38

Bundesvertriebenengesetz (240-1)

Das Bundesvertriebenengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. September 1971 (BGBl. I S. 1565, 1807), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 18. Februar 1986 (BGBl. I S. 265), wird wie folgt geändert:

1. § 70 wird gestrichen.

2. Nach § 90 a wird eingefügt:

„§ 90 b

Leistungen bei Krankheit

(1) Wer

1. a) als Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes aus dem Gebiet des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937, aber außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes,
- b) als Vertriebener im Sinne des § 1 aus den in § 1 Abs. 2 Nr. 3 genannten Gebieten, aber außerhalb des Gebietes des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937,
2. als Berechtigter im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Häftlingshilfegesetzes,

innerhalb von zwei Monaten nach dem Verlassen dieser Gebiete im Geltungsbereich dieses Gesetzes seinen ständigen Aufenthalt genommen hat, erhält Leistungen wie ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung mit Ausnahme der Leistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn der Leistungsgrund am Tage der Aufenthaltsnahme gegeben ist oder innerhalb von drei Monaten danach eintritt. Stirbt ein Berechtigter, während er Leistungen nach Satz 1 erhält, hat derjenige, der die Bestattungskosten trägt, Anspruch auf einen Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld) nach § 59 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Leistungen bei Krankheit (§§ 27 bis 52 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und die im Zusammenhang mit diesen Leistungen notwendigen Fahrkosten (§ 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) werden längstens für die ersten 78 Wochen von dem Tage der Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich dieses Gesetzes an gewährt, die anderen Leistungen bis zum Ablauf der Frist von drei Monaten nach Absatz 1. Leistungen zur Entbindung einschließlich Mutterschaftsgeld oder Entbindungsgeld werden gewährt, wenn die Entbindung in der Frist von drei Monaten nach Absatz 1 liegt.

(3) Krankengeld (§§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Mutterschaftsgeld (§ 200 der Reichsversicherungsordnung) erhalten Berechtigte nur, wenn sie bis zum Verlassen der in Absatz 1 genannten Gebiete

1. in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben,
2. in Gewahrsam gehalten wurden und Berechtigte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Häftlingshilfegesetzes sind,
3. eine Tätigkeit als Selbständiger oder mithelfender Familienangehöriger hauptberuflich ausgeübt haben,
4. eine gesetzliche Wehrpflicht erfüllt haben oder

5. wegen ihrer Volkszugehörigkeit, ihrer Aussiedlungs- oder Übersiedlungsabsicht oder wegen eines vergleichbaren nach freiheitlich-demokratischer Auffassung von ihnen nicht zu vertretenden Grundes gehindert waren, eine Beschäftigung nach Nummer 1 oder eine Tätigkeit nach Nummer 3 auszuüben.

Auf eine Leistung nach Absatz 1 besteht kein Anspruch, wenn die Berechtigten hierauf einen Anspruch nach anderen gesetzlichen Vorschriften haben, ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 155 des Arbeitsförderungsgesetzes, wenn der Verwaltungsakt über die Gewährung von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe mit Wirkung für die Vergangenheit ganz widerrufen wurde, weil die Berechtigten der Arbeitsvermittlung wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zur Verfügung standen.

(4) Soweit Geldleistungen nach dem Arbeitsentgelt der Versicherten bemessen werden, ist von 70 vom Hundert der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch auszugehen.

(5) Die Leistungen gewährt die für den Wohnort der Berechtigten zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse. Haben die Berechtigten früher einer anderen Krankenkasse angehört, so haben sie das Recht, die Leistungen bei dieser zu beantragen.

(6) Der Aufwand, der den Krankenkassen entsteht, wird ihnen aus Mitteln des Bundes erstattet. Als Ersatz für Verwaltungskosten erhalten die Krankenkassen 8 vom Hundert ihres Aufwandes für die nach den Absätzen 1 bis 5 gewährten Leistungen.

(7) Bei Gewährung der Leistungen gelten die §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die vollständige und teilweise Befreiung von der Zuzahlung und anderen Kosten entsprechend. Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwandes und der Verwaltungskosten an die Krankenkassen das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(8) Für Rechtsstreitigkeiten auf Grund der Vorschriften der Absätze 1 bis 7 ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben."

Artikel 39

Heimkehrergesetz (84-1)

Das Heimkehrergesetz vom 19. Juni 1950 (BGBl. I S. 221), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2138), wird wie folgt geändert:

1. § 7 b wird gestrichen.
2. Abschnitt VI wird gestrichen.
3. Nach § 28 b wird eingefügt:

„§ 28 c

Die Vorschriften des Abschnitts VI in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung sind auf Ansprüche nach diesem Abschnitt, die vor dem 1. Januar 1989 entstanden sind, bis zum 30. Juni 1990 weiter anzuwenden."

Artikel 40

Häftlingshilfegesetz (242-1)

In § 9 Abs. 2 des Häftlingshilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1987 (BGBl. I S. 512) wird die Angabe „ 24 " gestrichen.

Artikel 41

Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (870-1)

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2484), wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2, Absatz 3 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 und 3 sowie in Absatz 7 wird jeweils das Wort „Entgelts“ durch das Wort „Arbeitsentgelts“, das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“, das Wort „Regellohnes“ und das Wort „Regellohnes“ durch das Wort „Regelentgelts“, das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“ sowie das Wort „Entgelt“ durch das Wort „Arbeitsentgelt“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 und 3 wird außerdem jeweils die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

2. In § 16 Satz 1 wird das Wort „Entgelt“ durch das Wort „Arbeitsentgelt“ ersetzt.

3. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.

4. In § 42 a wird die Verweisung „§ 165 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 2 a Buchstabe b“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 42

Bundessozialhilfegesetz (2170-1)

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Januar 1987 (BGBl. I S. 401, 494) wird wie folgt geändert:

1. § 13 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Mitglied einer Krankenkasse gelten, sind die Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen, soweit die genannten Personen die Voraussetzung des § 11 Abs. 1 erfüllen.“

2. § 36 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefaßt:

„sie sind zu gewähren, soweit Versicherte nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten haben.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten“ durch die Worte „nach dem Gutachten des Gesundheitsamtes oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ ersetzt.

3. § 38 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Nummer 3 gestrichen und in Nummer 5 das Wort „Mutterschaftsgeld“ durch das Wort „Entbindungsgeld“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden.“

4. In § 69 Abs. 5 Satz 2 werden nach den Worten „Absatz 2 Satz 2 und 3“ die Worte „oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften“ eingefügt.

Artikel 43

Soldatenversorgungsgesetz (53-4)

(1) In § 82 Abs. 3 Buchstabe c des Soldatenversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 1987 (BGBl. I S. 842), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2602) geändert worden ist, wird das Wort

„Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

(2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 44

Zivildienstgesetz (55-2)

(1) In § 48 Abs. 3 Buchstabe c des Zivildienstgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Juli 1986 (BGBl. I S. 1205) wird das Wort „Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

(2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 45

Bundesärzteordnung (2122-1)

Die Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 wird das Wort „zweijährige“ durch das Wort „achtzehnmonatige“ ersetzt.

2. § 4 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Worte „bis zu sechs Monaten auf die zweijährige Tätigkeit anzurechnen sind“ durch die Worte „auf die achtzehnmonatige Tätigkeit angerechnet werden können“ ersetzt.

b) In Satz 6 werden die Worte „nicht mehr als vier Ausbildungsveranstaltungen von je zwei- bis dreistündiger Dauer jährlich“ durch die Worte „nicht mehr als sechs Ausbildungsveranstaltungen von je zwei- bis dreistündiger Dauer“ ersetzt.

Artikel 46

Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung (2122-1-7)

Artikel 2 § 2 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 14. März 1985 (BGBl. I S. 555), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 481), geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 47

Approbationsordnung für Ärzte (2122-1-6)

Die Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juli 1987 (BGBl. I S. 1593) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 Nr. 2 wird das Wort „zweijährige“ durch das Wort „achtzehnmonatige“ ersetzt.
2. § 34 a wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „zweijährige“ durch das Wort „achtzehnmonatige“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Sie soll nach Möglichkeit eine mindestens neunmonatige Tätigkeit im nichtoperativen und eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich umfassen.“
 - c) In Absatz 3 werden die Worte „bis zu sechs Monaten“ gestrichen.
 - d) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Auf die Dauer der Tätigkeit als Arzt im Praktikum werden Unterbrechungen wegen

 1. Urlaubs im ersten Jahr bis zu sechs Wochen, in der restlichen Zeit bis zu drei Wochen,
 2. anderer vom Arzt im Praktikum nicht zu tretender Gründe, insbesondere Krankheit, bis zur Gesamtdauer von drei Wochen

angerechnet. Bei Ärztinnen im Praktikum werden auch Unterbrechungen wegen Schwangerschaft bis zur Gesamtdauer von drei Wochen angerechnet.“
3. In § 34 c Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „acht“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

Artikel 48

Fünfte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (2122-1-6/3)

Artikel 2 der Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 15. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2457; 1987 I S. 150), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. Mai 1987 (BGBl. I S. 1349) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird gestrichen.
2. Die bisherigen §§ 3 bis 7 werden §§ 2 bis 6.

Artikel 49

Gesetz über die Zulassung von nach § 19 des Zahnheilkundegesetzes berechtigten Personen zur Behandlung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (8230-28)

Das Gesetz über die Zulassung von nach § 19 des Zahnheilkundegesetzes berechtigten Personen zur Behandlung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. April 1970 (BGBl. I S. 415) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 werden die Worte „vom 31. März 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 221)“ durch die Worte „in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225)“ ersetzt.
2. In § 2 werden die Worte „Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und die Worte „Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 582)“ durch die Worte „Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...),“ ersetzt.

Artikel 50

Zweites Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern (2032-11-2)

Artikel VIII § 1 des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern vom 23. Mai 1975 (BGBl. I S. 1173), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1710) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 werden in der Verweisung „§ 414 b Abs. 3“ die Worte „Abs. 3“ gestrichen und die Verweisung „§§ 82 und 106“ durch die Verweisung „§ 56“ ersetzt.
2. In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Versicherte“ durch das Wort „Mitglieder“ und in Satz 2 das Wort „Versicherten“ durch das Wort „Mitglieder“ ersetzt.

Artikel 51 Strafvollzugsgesetz (312-9-1)

Das Strafvollzugsgesetz vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088; 1977 I S. 436), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 475), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 57 bis 59 werden wie folgt gefaßt:

„§ 57

Gesundheitsuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Gefangene, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

(2) Gefangene haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.

(3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, daß

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

(4) Gefangene Frauen haben für ihre Kinder, die mit ihnen in der Vollzugsanstalt untergebracht sind, bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung ihrer Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden.

(5) Gefangene, die das vierzehnte, aber noch nicht das zwanzigste Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

(6) Gefangene haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-,

Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
3. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

§ 58

Krankenbehandlung

Gefangene haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt insbesondere

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie, soweit die Belange des Vollzuges dem nicht entgegenstehen.

§ 59

Versorgung mit Hilfsmitteln

Gefangene haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, sofern dies nicht mit Rücksicht auf die Kürze des Freiheitsentzuges ungerechtfertigt ist und soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch, soweit die Belange des Vollzuges dem nicht entgegenstehen. Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen.

2. § 60 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Krankenpflege“ durch das Wort „Krankenbehandlung“ ersetzt.
- b) Die Worte „ärztliche Behandlung und Pflege“ werden durch das Wort „Krankenbehandlung“ ersetzt.

3. § 61 wird wie folgt gefaßt:

„§ 61

Art und Umfang der Leistungen

Für die Art der Gesundheitsuntersuchungen und medizinischen Vorsorgeleistungen sowie für den Umfang dieser Leistungen und der Leistungen zur Krankenbehandlung einschließlich der Versorgung mit Hilfsmitteln gelten die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und die auf Grund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen.“

4. In § 62 werden die Worte „für Zahnersatz und Zahnkronen“ durch die Worte „der zahnärztlichen Behandlung und der zahntechnischen Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz“ ersetzt.

5. Nach § 62 wird eingefügt:

„§ 62a

Ruhe der Ansprüche

Der Anspruch auf Leistungen nach den §§ 57 bis 59 ruht, solange der Gefangene auf Grund eines freien Beschäftigungsverhältnisses (§ 39 Abs. 1) krankenversichert ist.“

6. In § 65 Abs. 1 werden die Worte „für seine Pflege“ durch die Worte „für die Behandlung seiner Krankheit“ ersetzt.

7. § 76 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Schwangerschaft“ ein Beistrich und das Wort „bei“ eingefügt.

8. § 78 wird wie folgt gefaßt:

„§ 78

Art, Umfang und Ruhe der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die §§ 60, 61, 62a und 65 gelten für die Leistungen nach den §§ 76 und 77 entsprechend.“

9. In § 198 Abs. 3 werden nach dem Wort „werden“ die Worte „die folgenden Vorschriften an inzwischen vorgenommene Gesetzesänderungen angepaßt und“ eingefügt.

Artikel 52

Mutterschutzgesetz
(8052-1)

Das Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. April 1968 (BGBl. I S. 315), zuletzt geändert durch § 38 des Gesetzes vom 6. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2154) und gemäß Artikel 1 der Verordnung vom 7. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2265), wird wie folgt geändert:

1. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Neben der Sonderunterstützung wird Krankengeld nicht gewährt. Der Anspruch auf die Sonderunterstützung ruht, soweit und solange die Anspruchsberechtigte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Der Anspruch auf die Sonderunterstützung erlischt mit dem Tod der Anspruchsberechtigten. § 200a der Reichsversicherungsordnung gilt mit der Maßgabe entsprechend, daß der Bund den Krankenkassen die nachgewiesenen Aufwendungen für die Sonderunterstützung in vollem Umfang erstattet.“

2. In § 13 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Worte „in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert“ durch die Worte „Mitglied einer Krankenkasse“ ersetzt und jeweils nach den Worten „§ 6 Abs. 1“ die Worte „sowie für den Entbindungstag“ eingefügt.

3. § 14 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Worte „§ 200 Reichsversicherungsordnung, § 27 Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Worte „§ 200 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 bis 4 und Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, § 29 Abs. 1, 2 und 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt und nach den Worten „§ 6 Abs. 1“ die Worte „sowie für den Entbindungstag“ eingefügt.

- b) In Satz 3 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

4. § 15 wird wie folgt gefaßt:

„§ 15

Sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Frauen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten auch die folgenden Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte:

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. stationäre Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Entbindungsgeld.“

5. In § 16 Satz 1 werden die Worte „der Mutter-schaftshilfe“ durch die Worte „der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ ersetzt.
6. In § 24 Nr. 2 werden die Worte „§ 13 Abs. 2 und 3“ durch die Worte „§ 13 Abs. 2“ ersetzt.

Artikel 53

Seemannsgesetz (9513-1)

Das Seemannsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 9513-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2441), wird wie folgt geändert:

1. § 44 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Worte „Krankenhilfe des Trägers der Krankenversicherung“ durch die Worte „Krankenbehandlung der Krankenkasse“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 werden die Worte „den Träger der Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ ersetzt.
2. § 45 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Worte „in einer zumutbaren Krankenanstalt“ durch die Worte „in einem zumutbaren Krankenhaus“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 wird gestrichen.
 - c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2; in ihm werden die Worte „der Absätze 1 und 2“ durch die Worte „des Absatzes 1“ ersetzt.
3. In § 46 wird das Wort „Krankenanstaltspflege“ durch das Wort „Krankenhausbehandlung“ ersetzt.
4. In § 47 Abs. 1 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefaßt:

„sie ist jedoch, wenn mit der Unterbrechung Gefahr verbunden ist, fortzusetzen, bis die zuständige Krankenkasse oder der zuständige Träger der Unfallversicherung mit Leistungen beginnt.“
5. In § 48 Abs. 2 werden die Worte „in einer Krankenanstalt“ durch die Worte „in einem Krankenhaus“ ersetzt und nach den Worten „die dem Besatzungsmitglied“ die Worte „nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder“ eingefügt.
6. In § 52 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „der Krankenanstalt“ durch die Worte „des Krankenhauses“ ersetzt.

Artikel 54

Lohnfortzahlungsgesetz (800-19-2)

Das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 26. April 1985 (BGBl. I S. 710), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 Nr. 3 werden die Worte „§ 200“ durch die Worte „§ 200 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 bis 4 und Abs. 3“ ersetzt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 2 und 4 werden jeweils die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, bei dem“ durch die Worte „der Krankenkasse, bei der“ ersetzt.
3. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „Der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „Die Krankenkasse“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die zu gewährenden Beträge werden dem Arbeitgeber von der Krankenkasse ausbezahlt, bei dem die Arbeiter, die Auszubildenden oder die nach § 11 oder § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes anspruchsberechtigten Frauen versichert sind oder versichert wären, wenn sie versicherungspflichtig wären oder wenn sie nicht nach § 183 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse gewählt hätten.“
 - c) In Absatz 5 werden die Worte „dem nach Absatz 3 zuständigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der nach Absatz 3 zuständigen Krankenkasse“ ersetzt.
4. In § 11 Abs. 2 Satz 1 und § 15 werden jeweils die Worte „Der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „Die Krankenkasse“ ersetzt.
5. In § 12 werden die Worte „der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ und die Worte „an den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „an die Krankenkasse“ ersetzt.
6. In § 13 Abs. 2 Nr. 6 werden die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.
7. In § 16 Abs. 1 werden die Worte „des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.

Artikel 55

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 18 bis 21, 23, 24, 26, 47 und 48 beruhenden Teile der dort geänderten Verordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

DRITTER TEIL

Überleitungs- und Schlußvorschriften

ERSTER ABSCHNITT

Überleitungsvorschriften

Artikel 56

Krankenversicherung der Rentner und der Studenten

(1) Personen, die bis zum 31. Dezember 1993 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen und die Voraussetzungen für den Bezug der Rente, nicht jedoch die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, werden versichert, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, jedoch frühestens seit dem 1. Januar 1950, bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens die Hälfte der Zeit Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren. Erfüllen sie die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nicht, gelten sie bis zu dem Tag als Mitglieder, an dem der Rentenanspruch zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenanspruchs unanfechtbar wird.

(2) Wer am 31. Dezember 1988 auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist oder wegen Beantragung einer Rente als Mitglied gilt, bleibt für die Dauer des Bezugs dieser Rente oder bis zu dem Tag, an dem der Rentenanspruch zurückgezogen oder die Ablehnung des Anspruchs unanfechtbar wird, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt.

(3) Die nach Absatz 1 oder 2 Versicherten gelten als versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; § 6 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für die nach Absatz 2 Versicherten.

(4) Wer am 31. Dezember 1988 auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversi-

cherung versicherungspflichtig ist, kann bis zum 30. Juni 1989 bei der Krankenkasse die Befreiung von der Versicherungspflicht als Rentner beantragen. Die Befreiung wirkt vom 1. Juli 1989 an und kann nicht widerrufen werden.

(5) Absatz 4 gilt für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung versicherungspflichtigen Personen entsprechend.

(6) Wer am 31. Dezember 1988 als Student nach § 165 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig ist, bleibt für die Dauer des Wintersemesters 1988/89, längstens bis zum 31. März 1989, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt.

Artikel 57

Befreiung von der Versicherungspflicht für Ärzte im Praktikum

Personen, die durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum am 31. Dezember 1988 versicherungspflichtig sind, werden auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit. Der Antrag ist bis zum 31. März 1989 bei der Krankenkasse zu stellen. § 8 Abs. 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Artikel 58

Berücksichtigung von Krankengeldleistungen im Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner

(1) Zu den ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen nach § 393b Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung gehört nicht das Krankengeld für Bezugszeiträume vor dem 1. Januar 1984, es sei denn, das Krankengeld wurde wegen Ausfalls von Arbeitseinkommen im Sinne des § 180 Abs. 5 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung geleistet.

(2) Soweit bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach § 393 Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung für vergangene Kalenderjahre auch Krankengeld für Bezugszeiträume vor dem 1. Januar 1984 enthalten war, das nicht wegen Ausfalls von Arbeitseinkommen geleistet wurde, ist dieses bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach § 272 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1989 abzusetzen.

Artikel 59

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, deren Versicherungspflicht auf Grund dieses Gesetzes vom 1. Januar 1989 an entfällt,
2. Personen, für die der Anspruch auf Familienhilfe auf Grund dieses Gesetzes vom 1. Januar 1989 an entfällt und die nicht nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind,
3. Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung (§ 351 der Reichsversicherungsordnung) gilt, sowie Beamte, die in einer Betriebskrankenkasse oder in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 spätestens bis zum 31. März 1989 schriftlich anzuzeigen; die Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar 1989. In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 3 ist der Krankenkasse der Beitritt spätestens bis zum 30. Juni 1989 schriftlich anzuzeigen; die Mitgliedschaft beginnt in diesen Fällen mit dem Tag des Beitritts.

Artikel 60

Kieferorthopädische Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz

Versicherte, deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen oder deren kieferorthopädische Behandlung vor dem 1. Januar 1989 begonnen hat, haben Anspruch nach den am 31. Dezember 1988 geltenden Rechtsvorschriften, wenn die Krankenkasse vor dem 27. April 1988 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

Artikel 61

Kostenerstattung

Krankenkassen, die aufgrund ihrer Satzung und in rechtlich zulässiger Weise Kostenerstattung durchführen, können dies nach dem 31. Dezember 1988 in dem Umfang, wie es die Satzung am 31. Dezember 1988 vorsieht, fortsetzen.

Artikel 62

Leistungsausschluß für Familienversicherte

Bis zum 31. Dezember 1990 haben die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherten aus dieser Versicherung keinen Anspruch auf Leistungen,

die als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

Artikel 63

Kostenerstattung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

(1) Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben den Krankenkassen die Kosten zu erstatten, die über den 31. Dezember 1988 hinaus für Krankheiten aufgewandt werden, die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind.

(2) Die Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung können mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einzeln oder gemeinsam Vereinbarungen darüber treffen, daß die in Absatz 1 genannten Kosten

1. durch eine von ihnen festzulegende Fallpauschale oder
2. durch eine von ihnen festzulegende jährliche Gesamtpauschale oder durch eine Gesamtpauschale für den gesamten Zeitraum der Weitergeltung des § 565 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bis zum 31. Dezember 1990

abgegolten werden. Soweit eine Gesamtpauschale nach Satz 1 Nr. 2 vereinbart wird, sind die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringenden Ausgleichsanteile an der Pauschale nach dem Verhältnis der Zahl der bei dem jeweiligen Unfallversicherungsträger anzuzeigenden Arbeitsunfälle zu der Zahl der bei allen betroffenen Trägern anzuzeigenden Arbeitsunfälle in den betreffenden Jahren zu berechnen; Arbeitsunfälle der nach § 539 Abs. 1 Nr. 14 Buchstabe a, b oder d der Reichsversicherungsordnung Versicherten sowie Berufskrankheiten bleiben hierbei außer Betracht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verteilen die Gesamtpauschale unter den Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder, für die Kosten nach Absatz 1 aufgewandt worden sind.

Artikel 64

Beteiligte Ärzte und Zahnärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Mitgliedschaft von Ärzten und Zahnärzten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die nach dem bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Recht beteiligt waren, bleibt bis zum Ablauf der auf den 31. Dezember 1988 folgenden Amtsperiode, längstens bis zum 31. Dezember 1992, erhalten.

Artikel 65

Umwandlung von Beteiligungen in Ermächtigungen

Beteiligungen nach § 368 a Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung gelten vom 1. Januar 1989 an als Ermächtigungen im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die mit der Beteiligung verbundenen Nebenbestimmungen nach § 29 der Zulassungsordnung für Kassenärzte und nach § 29 der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte in der jeweils am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung gelten bis zur ausdrücklichen Umwandlung der Beteiligungen in Ermächtigungen durch den Zulassungsausschuß fort.

Artikel 66

Vertragsärzte

Für Ärzte und Zahnärzte, die am 1. Januar 1977 Vertragsärzte der Ersatzkassen waren oder sich bis zu diesem Zeitpunkt um Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beworben hatten, gilt § 95 Abs. 8 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.

Artikel 67

Medizinisch-technische Großgeräte

Für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1. Januar 1989 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind, gelten § 368 n Abs. 8 Satz 3 und 4 der Reichsversicherungsordnung in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung sowie die auf der Grundlage des § 368 Abs. 1 und 3, des § 368 n Abs. 8 und des § 368 p Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung beschlossenen Richtlinien für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten vom 10. Dezember 1985 (BANz. Nr. 60 a vom 27. März 1986, S. 3) weiter.

Artikel 68

Dienstordnung

Die §§ 349 bis 357, § 360, § 413 Abs. 2 Satz 1 und § 414 b der Reichsversicherungsordnung gelten weiterhin nicht für Krankenkassen oder deren Verbände, die am 31. Dezember 1988 nicht zu den Krankenkassen nach § 225 Abs. 1 oder den Verbänden nach § 406 oder § 414 der Reichsversicherungsordnung gehörten.

Artikel 69

Landesverbände der Krankenkassen

Landesverbände, deren Aufgaben nach § 207 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch künftig von der Krankenkasse wahrgenommen werden, hören mit Ablauf des 31. Dezember 1988 auf zu bestehen. In ihre Rechte und Pflichten tritt am 1. Januar 1989 die Krankenkasse ein.

Artikel 70

Regionale Kassenverbände

Für Kassenverbände, die am 31. Dezember 1988 nach § 406 der Reichsversicherungsordnung gebildet waren, sowie für Kassenverbände nach § 218 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten die §§ 407, 409 und 411 bis 413 der Reichsversicherungsordnung. Im übrigen gelten für diese Verbände die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 71

Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

Der auf Grund des § 381 a der Reichsversicherungsordnung zum 1. Oktober 1988 vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung festgestellte durchschnittliche Beitragssatz gilt für Studenten bis zum Beginn des Wintersemesters 1989/90, längstens bis zum 31. Oktober 1989, und für Praktikanten bis zum 30. September 1989 weiter.

Artikel 72

Rücklagenbildung bei der Bundesknappschaft

Die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung hat ihre Rücklage auf das in § 261 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgeschriebene Rücklagesoll bis zum 31. Dezember 1998 durch jährlich gleich hohe Teilzahlungen aufzufüllen.

Artikel 73

Vertrauensärztliche Dienste bei den Landesversicherungsanstalten

(1) Die Rechte und Pflichten der Landesversicherungsanstalten gehen auf die in den jeweiligen Bezirken der Landesversicherungsanstalten errichteten Medizinischen Dienste über, soweit es sich um die

Durchführung von Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes handelt.

(2) Das Vermögen (Eigentum und alle sonstigen Vermögensrechte) und die Verbindlichkeiten der Landesversicherungsanstalten, die mit den Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes in rechtlichem oder wirtschaftlichem Zusammenhang stehen, gehen auf die Medizinischen Dienste über. Durch den Übergang der Verbindlichkeiten werden die Landesversicherungsanstalten als bisherige Schuldner befreit.

(3) Die Medizinischen Dienste übernehmen die in den Landesversicherungsanstalten überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes beschäftigten Personen (Beamte, Beamtenanwärter, Angestellte und Arbeiter). Die Medizinischen Dienste können im Einvernehmen mit den Landesversicherungsanstalten und den Betroffenen auch Personen übernehmen, die nicht überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes beschäftigt sind. Die Medizinischen Dienste treten in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein.

(4) Die Medizinischen Dienste erhalten für die nach Absatz 3 übernommenen Beamten und Beamtenanwärter Dienstherrnfähigkeit (§ 121 des Beamtenrechtsrahmengesetzes). Das Recht, Beamte zu haben, beschränkt sich auf die nach Absatz 3 übernommenen Beamten und Beamtenanwärter. Wenn die Notwendigkeit für die Dienstherrnfähigkeit nicht mehr besteht, entfallen die Dienstherrnfähigkeit und der Status des Medizinischen Dienstes als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem der Status als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts entfällt, und macht ihn bekannt.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten für die Versorgungsempfänger entsprechend.

(6) Die Arbeitsbedingungen der übernommenen Arbeitnehmer dürfen aus Anlaß der Übernahme nicht verschlechtert werden. Die Medizinischen Dienste können bis zum 30. Juni 1990 ein Arbeitsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers liegenden wichtigen Grund kündigen. Für die Arbeitsverhältnisse der übernommenen Angestellten und Arbeiter sind bis zum Abschluß neuer Tarifverträge die Tarifverträge maßgebend, die für sie bei der jeweiligen Landesversicherungsanstalt gegolten haben.

(7) Soweit die Landesversicherungsanstalten für die Durchführung der Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes Mietverträge oder sonstige Vereinbarungen abgeschlossen haben, treten die Medizinischen Dienste in die Rechte und Pflichten aus diesen Verträgen oder sonstigen Vereinbarungen ein. Das gleiche gilt für Vereinbarungen, die die gemeinsame Nutzung von Gebäuden und medizinisch-technischen Geräten der Landesversicherungsanstalten für Aufgaben der Rentenversicherung und des Vertrauensärztlichen Dienstes regeln.

(8) Die Absätze 1 bis 3, 6 und 7 gelten für die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin entsprechend, soweit sie Träger des Vertrauensärztlichen Dienstes war. Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 gelten entsprechend für die aus der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin übernommenen Personen, die auf Grund von Anstellungsverträgen beschäftigt sind, die beamtenrechtlichen Vorschriften entsprechen.

(9) Der Übergang der Rechte und Pflichten und die Übernahme der Personen nach Absatz 3 und 5 erfolgen mit Ablauf des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung des Medizinischen Dienstes durch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde des Landes erteilt wird. Bis zu diesem Zeitpunkt besteht der Vertrauensärztliche Dienst fort und nimmt die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch wahr. Bis zum 1. Oktober 1989 hat der Verwaltungsrat die Satzung zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und den Geschäftsführer zu wählen (§ 280 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Artikel 74

Übergang der Prüfdienste bei den Landesversicherungsanstalten auf die Länder

(1) Die Rechte und Pflichten der Landesversicherungsanstalten gehen, soweit es sich um die Durchführung von Aufgaben der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen handelt, auf die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder über.

(2) Das Vermögen (Eigentum und alle sonstigen Vermögensrechte) und die Verbindlichkeiten der Landesversicherungsanstalten, die mit den Aufgaben der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen in rechtlichem oder wirtschaftlichem Zusammenhang stehen, gehen auf die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder über. Durch den Übergang der Verbindlichkeiten werden die Landesversicherungsanstalten als bisherige Schuldner befreit.

(3) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder übernehmen die in den Landesversicherungsanstalten überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen beschäftigten Personen (Beamte, Beamtenanwärter, Angestellte und Arbeiter). Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder treten in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein.

(4) Absatz 3 gilt für die Versorgungsempfänger entsprechend.

(5) Die Arbeitsbedingungen der übernommenen Arbeitnehmer dürfen aus Anlaß der Übernahme nicht verschlechtert werden. Die für die Sozialversicherung

zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können bis zum 30. Juni 1990 ein Arbeitsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers liegenden wichtigen Grund kündigen. Für die Arbeitsverhältnisse der übernommenen Angestellten und Arbeiter sind bis zum Abschluß neuer Tarifverträge die Tarifverträge maßgebend, die für sie bei der jeweiligen Landesversicherungsanstalt gegolten haben.

(6) Soweit die Landesversicherungsanstalten für die Durchführung der Aufgaben der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen Mietverträge oder sonstige Vereinbarungen abgeschlossen haben, treten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder in die Rechte und Pflichten aus diesen Verträgen oder sonstigen Vereinbarungen ein. Das gleiche gilt für Vereinbarungen, die die gemeinsame Nutzung von Gebäuden und technischen Geräten der Landesversicherungsanstalten für Aufgaben der Rentenversicherung und der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen regeln. Die Länder und die Landesversicherungsanstalten können miteinander Abweichendes vereinbaren.

Artikel 75

Betrieb von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Landesversicherungsanstalten

(1) Landesversicherungsanstalten, die am 1. Januar 1989 nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften über Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen oder ähnliche Einrichtungen betreiben, dürfen diese als Einrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung längstens bis zum 31. Dezember 1989 weiterbetreiben.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder bestimmen, daß die Trägerschaft dieser Einrichtungen auf Krankenkassen oder deren Verbände übergeht, und regeln den Übergang zum 1. Januar 1990, soweit die Landesversicherungsanstalten nicht bis zum 30. September 1989 durch Vertrag

1. den Übergang der Einrichtungen auf Krankenkassen oder deren Verbände oder
2. eine anderweitige Verwendung der Einrichtungen, insbesondere ihren Weiterbetrieb als Einrichtungen der gesetzlichen Rentenversicherung,

spätestens zum 1. Januar 1990 regeln. Der Vertrag bedarf der Zustimmung der Krankenkassen, auf die

jeweils allein im Durchschnitt der Jahre 1986 bis 1988 mehr als 10 vom Hundert der Berechnungstage der Einrichtung entfallen, soweit er nicht mit diesen Krankenkassen geschlossen wird.

(3) Die auf Krankenkassen oder deren Verbände übergehenden Einrichtungen gelten als Eigeneinrichtungen nach § 140 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 76

Fortführung des Institutionskennzeichens

Anstelle einer Vereinbarung nach § 293 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können sich die Beteiligten auch darauf verständigen, das bisherige Institutionskennzeichen weiter zu verwenden.

Artikel 77

Verweisungen und Bezeichnungen in anderen Vorschriften

(1) Wird in anderen Vorschriften auf Bestimmungen verwiesen oder werden darin Bezeichnungen verwendet, die durch dieses Gesetz geändert oder aufgehoben werden, treten an ihre Stelle die entsprechenden Bestimmungen und Bezeichnungen dieses Gesetzes.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministern den Wortlaut der Bestimmungen und Bezeichnungen bekanntmachen, die nach Maßgabe des Absatzes 1 an die Stelle der bisherigen Bestimmungen und Bezeichnungen treten.

ZWEITER ABSCHNITT

Schlußvorschriften

Artikel 78

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 79

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1989 in Kraft, soweit in den Absätzen 2 bis 5 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. Juli 1989 treten in Kraft:

Artikel 5 Nr. 2, soweit er § 385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung streicht, und Nr. 34 Buchstabe b, Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe b, Artikel 9 Nr. 9 Buchstabe b, Artikel 14 Nr. 1 und 2, Artikel 15 Nr. 1 und 2 und Artikel 16 Nr. 1.

(3) Am 1. Januar 1990 treten in Kraft:

§ 15 Abs. 4, soweit er zur Aufnahme der Krankenversichertennummer in den Kranken- oder Berechtigungsschein verpflichtet, § 131 Abs. 5 Satz 1, § 274, § 300 Abs. 1 Nr. 1 und § 301 Abs. 1 und 3 des Artikels 1 sowie Artikel 5 Nr. 2, soweit er § 342 und § 385 Abs. 2 a der Reichsversicherungsordnung streicht, und Nr. 15 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Artikel 8 § 55 und Artikel 74.

(4) Am 1. Januar 1991 treten in Kraft:

§ 11 Abs. 4 und § 269 Abs. 2 des Artikels 1 sowie Artikel 5 Nr. 17, Nr. 18 Buchstabe b, Nr. 20, 24 und 25.

(5) Am 1. Januar 1992 tritt Artikel 5 Nr. 2 in Kraft, soweit er § 319 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung streicht.

(6) Am 1. Januar 1989 treten außer Kraft:

1. Artikel 3 § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-23, veröffentlichten bereinigten Fassung, das durch § 90 des Gesetzes vom 10. August 1982 (BGBl. I S. 1433) geändert worden ist,
2. das Gesetz über Wochenhilfe und Genesendenfürsorge in der Krankenversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-12, veröffentlichten bereinigten Fassung,
3. die Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 826-5-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 3 § 13 Nr. 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259),
4. die Verordnung über die Krankenversicherung behördlich rückgeführter Versicherter in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-17, veröffentlichten bereinigten Fassung,
5. Kapitel IX des Siebenten Teils der Zweiten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-5, veröffentlichten bereinigten Fassung,
6. die Sechste Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Innungskrankenkassen) in der im

Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-11, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 2 § 5 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871),

7. die Zwölfte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-13, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 51 des Gesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705),
 8. die Verordnung über den Mitgliederkreis der Ersatzkassen der Krankenversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-14, veröffentlichten bereinigten Fassung,
 9. Kapitel I des Fünften Teils der Vierten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-6, veröffentlichten bereinigten Fassung, die durch § 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536) geändert worden,
 10. die Verordnung zur Durchführung des § 23 b des Heimkehrergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 84-1-2, veröffentlichten bereinigten Fassung,
 11. die Erlasse des Reichsarbeitsministers über
 - a) Ruhen des Krankengeldes bei Weiterversicherung vom 15. Dezember 1939 (Reichsarbeitsblatt IV S. 554),
 - b) Mehrleistungen in der Krankenversicherung vom 1. Februar 1941 (Reichsarbeitsblatt II S. 85),
 - c) Durchführung der Krankenversicherung der im Baubetrieb Beschäftigten vom 18. Februar 1942 (Reichsarbeitsblatt II S. 148),
 - d) Änderung des § 216 Abs. 3 RVO vom 16. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt II S. 75),
 - e) Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2. November 1943 (Reichsarbeitsblatt II S. 485), zuletzt geändert durch § 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536),
 - f) Stillgeld (§§ 195 a, 195 b RVO) vom 14. Januar 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 11),
 - g) Leistungen der Krankenversicherung für Hausgehilfen vom 7. September 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 253),
 - h) Wegfall der Erstattungspflicht nach § 313 b Abs. 2 RVO vom 13. September 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 253),
 - i) Entgelt in der Sozialversicherung und Jahresarbeitsverdienstgrenze in der Krankenversicherung und der Rentenversicherung der Angestellten vom 24. Oktober 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 302),
- soweit sie zu den Buchstaben c, d und f nicht bereits durch Landesrecht außer Kraft gesetzt sind.

(7) Am 1. Januar 1990 treten außer Kraft:

1. das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 826-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 25 dieses Gesetzes,
2. die Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) in der im Bun-

desgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 26 dieses Gesetzes,

3. die Verordnung über die Prüfung der Krankenkassen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-4, veröffentlichten bereinigten Fassung.

25.11.88

AS - G - K

Beschluß

des Deutschen Bundestages

ARCHIV

des Landtags Nordrhein-Westfalen

zum

LEIHEXEMPLAR

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 111. Sitzung am 25. November 1988 zu dem von ihm verabschiedeten Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) - Drucksachen 11/2237, 11/2493, 11/3320, 11/3480 - die anliegenden Entschließungsanträge

- a) in Drucksache 11/3320 - Nummer 4 der Beschlußempfehlung -
 - b) Drucksache 11/3422
- angenommen.

- a) Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, über die Auswirkungen der Festbeträge bei Arzneimitteln nach § 35 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen bis zum 31. Dezember 1992 zu berichten.

b)

1.

Der Bundestag beauftragt den Ältestenrat, einen Vorschlag zu unterbreiten, mit dem zukünftig für Abgeordnete die Gewährung von Leistungen im Sterbefall an Hinterbliebene der Höhe nach an dem Durchschnitt der im tariflichen Bereich vereinbarten und den im Beamtenrecht festgelegten Leistungen sowie auch den Umständen nach an die dort vorwiegend vereinbarten Regeln angepaßt wird.

2.

Der Bundestag wird auf der Grundlage dieses Vorschlags § 24 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz) vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. Juli 1988 (BGBl. I S. 1081), neu fassen.

3.

Der Bundestag beauftragt die Bundesregierung, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die Leistungen im Sterbefall von Bundesministern und Parlamentarischen Staatssekretären an Hinterbliebene dem Vorschlag nach Ziffer 1 und 2 angepaßt werden.

02.12.88

Beschluß

des Deutschen Bundestages

ARCHIV
des Landtags Nordrhein-Westfalen
LEIH/EXEMPLAR

zum

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 111. Sitzung am 25. November 1988 zu dem von ihm verabschiedeten Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) - Drucksachen 11/2237, 11/2493, 11/3320, 11/3480 - aufgrund des Entschließungsantrags der Fraktion der SPD - Drucksache 11/3441, zweiter Spiegelstrich - folgendes beschlossen:

- "- beim Bundesgesundheitsamt (ist) für das Zulassungsverfahren ebenso wie für die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten, daß dem im Arzneimittelgesetz verankerten Grundsatz des arzneimitteltherapeutischen Pluralismus durchgängig Rechnung getragen wird. Es ist der erklärte Wille des Deutschen Bundestages, daß jedes Arzneimittel eine seiner Eigenart entsprechende sachgerechte Beurteilung erfährt und dem Schutz der besonderen Heilweisen Rechnung getragen wird."

16.12.88

Beschluß
des Bundesrates

zum

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Der Bundesrat hat in seiner 596. Sitzung am 16. Dezember 1988 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 25. November 1988 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 84 Abs. 1 des Grundgesetzes zuzustimmen.

/ Der Bundesrat hat ferner die aus der Anlage ersichtlichen Entschließungen gefaßt.

Anlage

E n t s c h l i e ß u n g e n

zum

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen

(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

1. Der Bundesrat teilt die Auffassung der Bundesregierung, daß es dringend notwendig ist, das Gesundheitssystem, dessen Kern das über 100-jährige System der gesetzlichen Krankenversicherung ist, insgesamt zu reformieren. Um das hohe Niveau unseres Gesundheitswesens zu erhalten, duldet die Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes keinen Aufschub. Der Bundesrat begrüßt, daß mit dem Gesundheits-Reformgesetz ein Einstieg in eine Gesundheitspolitik erfolgt, welche Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens dauerhaft miteinander verbinden soll.

Besonders positiv ist, daß die Reform bei der Absicherung der Gesundheitsrisiken eine Umschichtung von den kleinen, dem Verantwortungsbereich des einzelnen zuzumutenden Risiken zu den großen Risiken vornimmt. Dies gilt insbesondere für die neu eingeführten Leistungen bei der Absicherung des Pflegefallrisikos und in der Gesundheitsvorsorge. Dadurch werden Einschränkungen in anderen Bereichen gerechtfertigt.

- Organisationsrecht

Das Gesetz kann nicht das Ende der Reformbemühungen um das Krankenversicherungssystem darstellen. Es ist eines der gravierendsten Probleme, daß sich die Beitragssätze der verschiedenen Krankenkassen aufgrund der Veränderungen bei den Risikostrukturen immer weiter auseinanderentwickeln. Die erheblichen Beitragssatzunterschiede führen zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen und Verschlechterungen der Mitglieder- und Leistungsstrukturen insbesondere der Ortskrankenkassen. Sie gefährden von daher den Bestand des gegliederten Systems der Krankenversicherung. Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung auf, die angekündigte Organisationsreform der Krankenversicherung noch in dieser Legislaturperiode zu verwirklichen.

- Einstieg in die Absicherung des Pflegefallrisikos

Der Bundesrat begrüßt, daß das Gesetz die neue Herausforderung des Pflegefallrisikos annimmt und einen Beitrag der Krankenkassen bei der Absicherung dieses Risikos in der häuslichen Umgebung vorsieht.

- Häusliche Krankenpflege

Auch im übrigen muß es das Ziel sein, alle Möglichkeiten der ambulanten Krankenversorgung auszuschöpfen und stationäre Behandlungen auf den notwendigen Umfang zu beschränken. Die Behandlung in der häuslichen Umgebung ist nicht nur billiger, sondern auch humaner als eine Krankenhausunterbringung. Aus diesem Grund muß sichergestellt sein, daß die für die Gewährung der häuslichen Krankenpflege erforderliche Feststellung der sonst notwendigen Krankenhauseinweisung durch den medizinischen Dienst nicht letztlich aufgrund eines umständlichen Prüfungsverfahrens doch zu einer Krankenhauseinweisung führt. Der Bundesrat geht deshalb

davon aus, daß die in § 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V vorgesehene Prüfung durch den medizinischen Dienst nur ausnahmsweise eine Vorstellung des Patienten und seine körperliche Untersuchung erforderlich macht.

- Sicherstellung der Versorgung psychisch Kranker

Der Bundesrat begrüßt, daß mit dem Gesundheits-Reformgesetz die in den letzten Jahren zu verzeichnenden Verbesserungen bei der Versorgung psychisch Kranker weiter verfolgt werden. Auch wenn die für notwendig gehaltenen weiteren Schritte erst dann vorgenommen werden sollen, wenn die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprogramms und die Reformvorschläge der Expertenkommission vorliegen, so muß doch sichergestellt sein, daß durch das Gesundheits-Reformgesetz der bisherige Leistungsumfang der Krankenkassen auch bei der Behandlung psychisch Kranker nicht eingeschränkt wird.

- Zahnersatz, § 30 SGB V

Es ist positiv anzumerken, daß bei der Versorgung mit Zahnersatz gegenüber der ursprünglichen Gesetzesfassung nunmehr Verbesserungen eingetreten sind. Die Beteiligten werden jedoch aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß die Patienten nicht infolge des Kostenerstattungsprinzips für den von den Krankenkassen zu tragenden Kostenanteil zunächst in Vorlage treten müssen.

- Härteregelungen, §§ 61, 62 SGB V

Der Bundesrat begrüßt, daß durch umfassende Härte- und Sozialklauseln eine übermäßige Belastung der Versicherten durch Eigenbeteiligungen vermieden wird. Hierdurch ist gewährleistet, daß jeder, unabhängig von seinem Einkommen, eine auch unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts notwendige Versorgung erhält. Der Bundesrat fordert die Krankenkassen jedoch auf sicherzustellen, daß die Versicherten schnell und unbürokratisch die Befreiungsregelungen in Anspruch nehmen können und so vor unzumutbaren Belastungen geschützt werden. Dabei ist darauf zu achten, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Krankenkassen und Patienten nicht beeinträchtigt wird.

- Medizinischer Dienst

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß von der Einschaltung des neu eingeführten medizinischen Dienstes sparsam und zurückhaltend Gebrauch gemacht werden sollte. Bei der Einrichtung dieser Dienste ist jede überflüssige bürokratische Organisation zu vermeiden.

2. Zu Artikel 1 § 35

Der Bundesrat schließt sich der vom Deutschen Bundestag an die Bundesregierung gerichteten Bitte an, über die Auswirkungen der Festbeträge bei Arzneimitteln nach § 35 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) zu berichten. Er ist jedoch der Auffassung, daß im Hinblick auf die Bedeutung dieser Vorschriften der Bericht bereits nach zwei Jahren erstattet werden sollte.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, in diesem Bericht insbesondere auf folgende Punkte einzugehen:

1. Stand der Umsetzung des § 35 GRG und Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel,
2. angewandte medizinisch-wissenschaftliche Kriterien bei der Bildung der Arzneimittelgruppen nach § 35 Abs. 1 GRG,
3. Schwierigkeiten bei der Umsetzung des § 35 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5 GRG,
4. Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die ärztliche Therapie sowie die Verordnungsweise der Ärzte,
5. Auswirkungen auf das Verhalten der Versicherten, insbesondere die Anreizfunktion und die Akzeptanz der Festbeträge,
6. Auswirkungen auf die für den medizinischen Fortschritt entscheidende Forschungs- und Innovationsfähigkeit der Arzneimittelhersteller,
7. Auswirkungen auf den Wettbewerb unter den pharmazeutischen Unternehmen und das Preisniveau für Arzneimittel.

Darüber hinaus hält der Bundesrat wegen der erheblichen Verunsicherung der an der Arzneimittelversorgung Beteiligten eine baldige Vorlage der Kriterien für die Umsetzung des § 35 GRG für geboten. Die Bundesregierung wird gebeten, darauf hinzuwirken, daß alsbald dargelegt wird, welche konkreten Vorstellungen in diesem Zusammenhang bestehen, insbesondere

- welche Arzneimittel/Arzneimittelgruppen nach dem derzeitigen Stand der Überlegungen betroffen sein werden,
- wann für diese jeweils mit einer Festbetragsregelung zu rechnen ist,
- nach welchen Bemessungskriterien die Höhe des jeweiligen Festbetrags bestimmt werden soll,
- welche Schritte nach Ablauf der Frist für die Festlegung der Festbeträge nach § 213 Abs. 3 GRG beabsichtigt sind.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung weiterhin, bei der Realisierung des EG-Binnenmarktes darauf hinzuwirken, daß für Arzneimittelhersteller in den Europäischen Gemeinschaften gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen werden, um dadurch die Attraktivität der Bundesrepublik Deutschland als Industriestandort zu erhalten.

Der Bundesrat wiederholt in diesem Zusammenhang seine Bitte, die patentschutzrechtlichen Regelungen für Arzneimittel in die Überprüfung einzubeziehen und auch hierüber zu berichten.