Bundesrat Drucksache 856/92

09.12.92

G 90 Seiten

Gesetzesbeschluß

des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 127. Sitzung am 9. Dezember 1992 aufgrund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß) - Drucksachen 12/3930, 12/3937 - den von den Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

- Drucksache 12/3608 -

unter Berücksichtigung der zu Protokoll gegebenen Berichtigungen in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 30.12.92

Initiativgesetz des Bundestages

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2
Telefon (02 28) 36 35 51, Telefax (02 28) 36 12 75
ISSN 0720-2946

Drucksache 856/92

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch . . .., wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 1 Nr. 11 wird wie folgt gefaßt:

   "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 Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren; **als Zeiten der Pflichtversicherung gelten auch Zeiten, in denen wegen des Bezuges von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus (§ 38 Nr. 2 des Sechsten Buches) eine freiwillige Versicherung bestanden hat,".**

2. In § 9 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „zwölf" durch das Wort „vierundzwanzig" und das Wort „sechs" durch das Wort „zwölf" ersetzt.

3. In § 10 wird folgender Absatz angefügt:

   "(6) Das Mitglied hat die nach Absatz 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke."

4. Dem § 12 wird folgender Absatz angefügt:

   „(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat der Geschäftsführer hiervon gewußt oder hätte er hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Geschäftsführers den Vorstand zu veranlassen, den Geschäftsführer auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Vorstand das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat."

5. § 13 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

      „(2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen."

   b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

   c) Folgender Absatz wird angefügt:

      „(4) Nimmt in den Fällen des Absatzes 2 der Versicherte einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der nach § 95 b Abs. 1 den Verzicht auf seine Zulassung als Vertragsarzt erklärt hat, gilt § 95 b Abs. 3."

6. Dem § 15 wird folgender Absatz angefügt:

   „(6) Jeder Versicherte erhält die Krankenversichertenkarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. Muß die Karte auf Grund von vom Versicherten zu vertretenden Umständen neu ausgestellt werden, wird eine Gebühr von 10 Deutsche Mark erhoben; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. Die Krankenkasse kann die Aushändigung der Krankenversichertenkarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen."

7. Dem § 18 wird folgender Absatz angefügt:

   „(3) Ist während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen

Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthaltes festgestellt hat. Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben."

8. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Leistungen zur Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts dürfen nicht vorgesehen werden."

b) Folgender Absatz wird eingefügt:

"(3 a) Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen **mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung** durch Zuschüsse fördern."

9. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(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 Erkennung und 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 die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln."

b) **Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

In Satz 2 werden vor dem Wort "Dokumentation" die Worte "nicht versichertenbezogene" eingefügt.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:

"(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht bis zum 30. Juni 1993 zustande, werden Inhalt, Finanzierung, **nicht versichertenbezogene** Dokumentation und Kontrolle unter **Berücksichtigung** der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt."

10. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „zwölfte" durch das Wort „sechste" ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das zwanzigste Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren. Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92."

11. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied verändern. Für das Kalenderjahr 1993 sind die in Satz 3 genannten Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden."

b) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten."

12. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) § 23 Abs. 5 Satz 1 und 2 gilt entsprechend."

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 23 Abs. 6 entsprechend."

13. § 24 a wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Worte angefügt:

„§ 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend."

14. § 27 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird, sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
2. Vertriebene im Sinne von § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge

mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist."

15. In § 28 Abs. 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert."

16. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Versicherte haben Anspruch auf Übernahme von 80 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen 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 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, besteht für das zweite und jedes weitere Kind Anspruch auf 90 vom Hundert der in Satz 1 genannten Kosten. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, werden als Sachleistung gewährt."

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nach Absatz 1, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat insoweit keinen Zahlungsanspruch gegen den Versicherten. § 85 Abs. 4 b gilt entsprechend."

c) Absatz 2 wird Absatz 3.

d) Absatz 3 wird Absatz 4.

17. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuß von 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet fallen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig, wobei die Gesamtzahl der zu ersetzenden Zähne vier übersteigen darf. **Mehr als zwei Verbindungselemente je Kiefer bei Kombinationsversorgungen fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen; bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer bezuschußt die Krankenkasse auch das dritte Verbindungselement.** Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, werden als Sachleistungen gewährt."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für eigene Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne erhöht sich der Zuschuß nach Absatz 1 um 10 Prozentpunkte. Der erhöhte Zuschuß entfällt 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 Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 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.

Der Zuschuß erhöht 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 Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat."

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils keinen Zahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten. § 85 Abs. 4 b gilt entsprechend."

d) Absatz 6 wird Absatz 4 und wie folgt gefaßt:

"(4) Wählen Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Satz 1 gilt nicht für ausgeschlossene Leistun-

gen nach Absatz 1 Satz 3. Wird eine Versorgung mit mehr als nach Absatz 1 Satz 5 zu bezuschussenden Verbindungselementen gewählt, sind die Kosten für die weiteren Verbindungselemente in voller Höhe vom Versicherten zu tragen. In den Fällen der Sätze 1 bis 3 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen."

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Der Zahnarzt ist verpflichtet, bei der Auftragserteilung dem gewerblichen zahntechnischen Labor mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Er hat dem Versicherten bei Rechnungslegung auch eine Durchschrift der Originalrechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen auszuhändigen."

18. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nach § 34 a in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig und in der Zusammenstellung nach § 92 a Abs. 8 enthalten sind, sowie auf Versorgung mit Verbandmitteln. **Satz 1 gilt auch für Arzneimittel, die nach §92a Abs. 9 verordnet werden.**"

b) Absätze 2 bis 4 werden wie folgt gefaßt:

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

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung bei einem Apothekenabgabepreis

1. bis 30 Deutsche Mark drei Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,

2. über 30 bis zu 50 Deutsche Mark fünf Deutsche Mark,

3. über 50 Deutsche Mark sieben Deutsche Mark.

Wenn der Apothekenabgabepreis höher ist als der für dieses Arznei- oder Verbandmittel nach § 35 festgesetzte Festbetrag, tritt für die Berechnung der Zuzahlung der Festbetrag an die Stelle des Apothekenabgabepreises. **Die Sätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.**

(4) Ab 1. Januar 1994 beträgt die Zuzahlung zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel für kleine Packungsgrößen drei Deutsche Mark je Packung, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, für mittlere Packungsgrößen fünf Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen sieben Deutsche Mark je Packung. Das Nähere bestimmt der Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates."

19. § 32 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Worte „das Heilmittel in der Praxis des Arztes" durch die Worte „Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1)" und das Wort „wird" durch das Wort „werden" ersetzt.

b) Dem Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten."

20. § 34 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Arznei-" gestrichen.

b) Die Absätze 1, 2, 3 und 5 werden gestrichen.

c) Absatz 4 wird § 34; Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 92 a Abs. 6 Satz 1 gilt entsprechend."

21. Nach § 34 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 34 a

Liste verordnungsfähiger Arzneimittel

Der Bundesminister für Gesundheit erläßt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vorschlagsliste nach § 92 a Abs. 5 als Liste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit den in § 92 a aufgestellten Voraussetzungen und anderen Rechtsvorschriften. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 31. Dezember 1995 zu erlassen."

22. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 wird wie folgt gefaßt:

"3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen.",

b) **In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:**

"Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht."

c) Absatz 4 wird gestrichen.

d) Absatz 5 Satz 3 zweiter Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„dabei ist soweit wie möglich sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist."

23. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung 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."

b) **In Absatz 3 wird das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" ersetzt.**

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

"(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage elf Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 5 Satz 2 geleistete Zahlung ist auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechen. Vom 1. Januar 1994 an beträgt die Zahlung nach Satz 1 zwölf Deutsche Mark."

24. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 gilt."

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung erfolgt für längstens 14 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 kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten."

25. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) § 40 Abs. 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gilt entsprechend."

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 40 Abs. 5 entsprechend."

26. Nach § 43 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 43 b

Zahlungsweg

Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen."

27. Dem § 54 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Berechnung der in Satz 1 genannten Zeiten werden bei den in § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge genannten Personen Zeiten der Zugehörigkeit zu einem staatlichen Gesundheitssystem in den dort genannten Gebieten wie Mitgliedszeiten in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt."

28. § 60 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

"4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder § 115 b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung."

b) In Absatz 3 Nr. 4 wird die Bezeichnung „31 Deutsche Pfennige" ersetzt durch „den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung".

28a. In § 62 Abs. 2a Satz 2 wird die Angabe "§ 30 Abs. 5 Satz 2" durch die Angabe "§30 Abs. 2 Satz 2" ersetzt.

29. § 71 wird wie folgt gefaßt:

„§ 71
Beitragssatzstabilität

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

(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden."

30. Die Überschrift des Ersten Titels des Zweiten Abschnitts wird wie folgt gefaßt:

„Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung".

31. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung".

b) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „kassenärztlichen" ersetzt durch das Wort „vertragsärztlichen".

c) In Absatz 2 wird das Wort „kassenärztliche" ersetzt durch das Wort „vertragsärztliche".

d) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Bundesknappschaft nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist."

e) Absatz 4 wird gestrichen.

32. Nach § 72 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 72 a
Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

(1) Haben mehr als 50 vom Hundert aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Abs. 1 verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, daß dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erfüllen insoweit die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag.

(2) An der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 wirkt die Kassenärztliche Vereinigung insoweit mit, als die vertragsärztliche Versorgung weiterhin durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte sowie durch ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen durchgeführt wird.

(3) Erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag, schließen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen. Sie können auch Eigeneinrichtungen gemäß § 140 Abs. 2 errichten. Mit Ärzten oder Zahnärzten, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichteten (§ 95 b Abs. 1), dürfen keine Verträge nach Satz 1 abgeschlossen werden.

(4) Die Verträge nach Absatz 3 dürfen mit unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. Die Höhe der vereinbarten Vergütung an Ärzte oder Zahnärzte soll sich an Inhalt, Umfang und Schwierigkeit der zugesagten Leistungen, an erweiterten Gewährleistungen oder eingeräum-

ten Garantien oder vereinbarten Verfahren zur Qualitätssicherung orientieren. Ärzten, die unmittelbar nach der Feststellung der Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 Verträge nach Absatz 3 abschließen, können höhere Vergütungsansprüche eingeräumt werden als Ärzten, mit denen erst später Verträge abgeschlossen werden.

(5) Soweit für die Sicherstellung der Versorgung Verträge nach Absatz 3 nicht ausreichen, können auch mit Ärzten und geeigneten Einrichtungen mit Sitz im Ausland Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen werden.

(6) Ärzte oder Einrichtungen mit denen nach Absatz 3 und 5 Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen worden sind, sind verpflichtet und befugt, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen und die für die Abrechnung der vertraglichen Vergütung notwendigen Angaben, die aus der Erbringung der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und den Krankenkassen mitzuteilen."

33. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen."

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

"(1 a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Soweit sie bereits am 1. Januar 1993 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, treffen sie ihre Wahl bis zum 31. Dezember 1995. Der Zulassungsausschuß kann eine von Satz 2 abweichende, zeitlich befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nach Feststellung des Landesausschusses nicht gewährleistet ist. An der fachärztlichen Versorgung nehmen die Ärzte mit Gebietsbezeichnung teil, mit Ausnahme der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie derjenigen Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben gewählt haben. Der Zulassungsausschuß kann Ärzten für Allgemeinmedizin und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

(1b) Ein Hausarzt darf bei Ärzten, die einen seiner Patientendem weiterbehandeln, die wesentlichen Behandlungsdaten und Befunde des Versicherten zum Zwecke der Dokumentation

erheben. Der einen Versicherten weiterbehandelnde Arzt ist verpflichtet, dem Hausarzt dieses Versicherten die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei ihm durchzuführenden Dokumentation zu übermitteln. Der Hausarzt darf die ihm nach Satz 1 übermittelten Daten nur zu dem Zweck speichern und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln; der neue Hausarzt darf die in diesen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten erheben.

(1 c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung. Die Vertragsparteien regeln die Bedingungen, zu denen Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung bis zum 31. Dezember 1995 sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können."

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

"2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz; kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Absatz 2."

d) In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte „die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2" ersetzt durch die Worte „die in der Zusammenstellung nach § 92 a Abs. 8 enthaltenen Preisvergleiche".

34. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird jeweils das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.

b) In Absatz 2 wird jeweils das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" und das Wort "Kassenärzten" durch das Wort "Vertragsärzten" ersetzt.

c) In Absatz 7 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

d) In Absatz 8 werden nach den Worten "von Ärzten" die Worte "sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung" eingefügt und **das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" ersetzt.**

35. § 76 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten Ärzten,

ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72 a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten sowie den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern frei wählen."

bb) In Satz 3 wird nach dem Wort „Krankenkassen" die Verweisung „nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1" eingefügt.

cc) In Satz 4 wird die Angabe „§ 140 Abs. 2" ersetzt durch die Angabe „§ 140 Abs. 2 Satz 1".

b) **In Absatz 2 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

c) aa) **In Absatz 3 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

bb) **In Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt: "Der Versicherte wählt eine Hausarzt. Der Arzt hat den Versicherten vorab über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73) zu unterrichten."**

d) In Absatz 4 werden die Worte "den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung" ersetzt durch die Worte "die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen".

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

"(5) Die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung können unter den Knappschaftsärzten und den in Absatz 1 genannten Personen und Einrichtungen frei wählen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend."

36 **§ 77 wird wie folgt geändert:**

"In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen und das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" ersetzt.

37. In § 78 Abs. 1 werden die Worte „Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung" ersetzt durch „Bundesminister für Gesundheit".

38. Nach § 79 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 79 a

Verhinderung von Organen; Bestellung eines Beauftragten

(1) Solange und soweit die Wahl zu Selbstverwaltungsorganen nicht zustande kommt oder Selbstverwaltungsorgane sich weigern, ihre Geschäfte zu führen, nimmt auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufsichtsbehörde selbst oder ein von ihr bestellter Beauftragter die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wahr. Auf deren Kosten werden ihre Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder durch den von ihr bestellten Beauftragten auch dann geführt, wenn Selbstverwaltungsorgane die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährden, insbesondere wenn sie die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen und der Satzung verwalten, die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung betreiben oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigen oder treffen.

(2) Der Übernahme der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder der Einsetzung eines Beauftragten hat eine Anordnung vorauszugehen, mit der die Aufsichtsbehörde der Kassenärztlichen Vereinigung aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlas-

sen. Widerspruch und Klage gegen die Anordnung und die Entscheidung über die Bestellung des Beauftragten oder die Wahrnehmung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch die Aufsichtsbehörde selbst haben keine aufschiebende Wirkung. Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr bestellten Beauftragten haben die Stellung des Organs der Kassenärztlichen Vereinigung, für das sie die Geschäfte führen."

39. § 81 wird wie folgt geändert:

"In Absatz 3 und 4 wird jeweils das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte "kassen- oder" gestrichen".

40. § 82 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Bundesverbände" ersetzt durch das Wort „Spitzenverbände".

b) In Absatz 2 wird **das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt** und nach dem Wort "Krankenkassen" werden die Worte "und den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.

c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verhandlungen können auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden."

d) Absatz 3 wird gestrichen.

41. § 83 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung. Für die Bundesknappschaft gilt Satz 1 entsprechend, soweit die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt wird. § 82 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend."

b) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

42. § 84 wird wie folgt gefaßt:

„§ 84

Arznei- und Heilmittelbudget; Richtgrößen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Das Budget ist für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 1994 auf der Grundlage des nach Artikel 27 des Gesundheits-Strukturgesetzes für das Jahr 1993 festgelegten Budgets, zu vereinbaren. Bei der Anpassung des Budgets sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen

zu berücksichtigen. Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, stellt die Kassenärztliche Vereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Der Ausgleich muß in dem auf den Budgetzeitraum folgenden Kalenderjahr abgeschlossen werden. Soweit dieser Ausgleich nicht erfolgt, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag. Der übersteigende Betrag ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 4 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind.

(2) Die Krankenkassen erfassen die in der Geltungsdauer der Budgets nach Absatz 1 veranlaßten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 4 arztbezogen, nicht versichertenbezogen, und übermitteln die Angaben jeweils an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Ärzte, die die Ausgaben veranlaßt haben, angehören. Die Krankenkassen können Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Zusammenführung und Übermittlung der Daten

beauftragen. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 für das jeweils folgende Kalenderjahr einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Die Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind indikationsbezogen, **bei Arzneimitteln bezogen auf Indikationsgebiete oder Stoffgruppen**, unter Berücksichtigung von Kriterien für die Menge der verordneten Leistungen zu bestimmen. Die Zahl und die Altersstruktur der Versicherten sowie bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und der Preiswürdigkeit der verordneten Leistungen, sind zu berücksichtigen.

(4) Die Vertragspartner können frühestens ab 1. Januar 1994 das Budget aussetzen. Voraussetzung dafür ist, daß gültige Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 106 Abs. 3 für 1993 und 1994 getroffen worden sind. **Für die Jahre 1993 und 1994 können Richtgrößen abweichend von Absatz 3 Satz 2 vereinbart werden. Für das Jahr 1993 können abweichend von Absatz 3 die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel vereinbaren.** Die Richtgrößen sind so festzusetzen, daß eine Steigerung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die nicht den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 3 entspricht, vermieden werden kann.

(5) Das Budget nach Absatz 1 und die Richtgrößen nach Absatz 3 gelten bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen für das Folgejahr.

(6) Der Bundesminister für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Budgets nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen."

43. § 85 wird wie folgt geändert:

a) **In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

b) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

"Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig."

c) In Absatz 2 wird Satz 6 wie folgt gefaßt:

"Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig."

d) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

"(2 a) Die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht nach § 122 abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ist in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. **Medizinisch-technische Großgeräte, die von Vertragsärzten vor dem 15. Mai 1992 erworben wurden und mit denen diese bis zum Ablauf des 2. Quartals 1992 Leistungen erbracht haben, gelten bis zum 31. Dezember 1998 als abgestimmt im Sinne des § 122, wenn sie bis zum 31. März 1993 dem Großgeräteausschuß mit Nachweisen über Erwerb und Leistungserbringung gemeldet worden sind. Ärzte, die bis zum 15. Mai 1992 die Nutzung eines Großgerätes angezeigt oder beantragt haben, ohne Leistungen bis zum Ablauf des 2. Quartals 1992 nachweisen zu können, erhalten eine vorläufige Genehmigung gemäß Satz 2, wenn ihnen nicht bis zum 30. September 1993 eine Mitnutzungsmöglichkeit nachgewiesen wird und die Mitnutzung nicht bis zum 30. Juni 1994 durchgesetzt werden kann.**

(2 b) Die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis, **wobei sich die Vergütungsanpassung in den Jahren 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern darf, um den sich die nach § 270 und § 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vomhundertsätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen.** Der Bewertungsausschuß (§ 87) kann anstelle der zum 1. Januar 1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine differenzierte Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 10 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt."

e) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) **In Satz 1 wird das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

b) **Folgender Satz wird angefügt: "Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vetragsärztlichen Leistungen zu beachten."**

f) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze eingefügt:

"(3 a) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach § 270 und § 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahre 1993 sind auf das entsprechend der Zu-

wachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1992 erhöhte Vergütungsvolumen im Jahr 1991 zu beziehen. Bei der Bestimmung der Gesamtvergütungen der Vertragszahnärzte werden zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen nicht berücksichtigt. **Soweit nichtärztliche Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, werden sie außerhalb der Gesamtvergütungen nach Vergütungssätzen honoriert, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart werden; Satz 1 gilt entsprechend.** Vergütungszuschläge nach § 135 Abs. 4 sowie Mehrausgaben auf Grund der gesetzlichen Leistungsausweitung in § 22 werden entsprechend der Zahl der erbrachten Leistungen zusätzlich berücksichtigt. Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte in den Abschnitten B VI und B VII aufgeführten Zuschläge für Leistungen des ambulanten Operierens sowie die damit verbundenen Operations- und Anästhesieleistungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 10 vom Hundert erhöht. **Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die ärztlichen Leistungen nach § 25 und § 26, die ärztlichen Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge im Rahmen des § 196 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 6 vom Hundert erhöht.**

(3 b) Für die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 1993 sind auf das verdoppelte, um 4 vom Hundert erhöhte Vergütungsvolumen des 1. Halbjahres 1992 zu beziehen. In den Jahren 1993 und 1994 sind die nach Absatz 3 a Satz 1 erhöhten Vergütungsvolumina jeweils um weitere 3 vom Hundert zu erhöhen. Die Gesamtvergütungen für die zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie sind auf das um die Ausweitung der halben Leistungsmenge gegenüber 1991 bereinigte verdoppelte Vergütungsvolumen des 1. Halbjahres 1992 zu beziehen. Die Bereinigung erfolgt in der Weise, daß die halbierten Ausgaben des Jahres 1991 um die für 1992 vereinbarte Punktwertsteigerung sowie die Hälfte der Steigerung der Leistungsmenge erhöht werden. Zugrunde zu legen sind die jahresdurchschnittlichen Punktwerte.

(3 c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zugrunde gelegte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von der tatsächlichen Veränderungsrate ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen; eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen ist ebenfalls zu berücksichtigen."

f) In Absatz 4 wird Satz 4 gestrichen.

h) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze eingefügt:

"(4 a) Einsparungen, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen, insbesondere auf Grund der Maßnahmen nach § 87 Abs. 2 b erzielt werden, sind zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung zu verwenden. **Die Gesamtvergütungen sind um die infolge einer Neuordnung der Vergütungen von Leistungen medizinisch-technischer Großgeräte nach § 87 Abs. 2b erzielten Einsparungen zu reduzieren. Der nach Abs. 3a Satz 5 zu entrichtende zusätzliche Vergütungsanteil ist bei der Honorarverteilung den Leistungen zuzurechnen, für die ein Zuschlag nach den Abschnitten B VI und B VII des einheitlichen Bewertungsmaßstabes gezahlt wird; der nach Abs. 3a Satz 6 zusätzlich zu entrichtende Vergütungsanteil ist nur zur Honorierung der Leistungen nach Abs. 3a Satz 6 zu verwenden.**

(4 b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000 Punkten pro Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne von § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450.000 pro Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550.000 pro Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. **Im Beitrittsgebiet tritt die Verringerung des Vergütungsanspruchs für Punktmengen ab 350.000 bis unter 450.000 Punkten je Kalenderjahr erstmalig ab 1. Januar 1994 in Kraft. Falls durch das Aussetzen des degressiven Punktwertes nach Satz 3 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag von mehr als 25 Millionen Deutsche Markt entsteht, ist der Mehrbetrag in den Jahren 1994 und 1995 bei den Zahnärzten dieser Punkteklasse des Jahres 1993 auszugleichen. Das Nähere regeln die Vertragspartner der Gesamtvergütung.** Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt im Sinne von § 32 b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und um 25 vom Hundert für Ausbildungsassistenten. Bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung reduziert sich die zusätzlich zu be-

rücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne von § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

(4 c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und kassenbezogen nach dem **Leistungsquartal** zu erfassen, mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4 b zugrunde zu legen.

(4 d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4 b überschreiten. Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32 b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der Ausbildungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4 e) Die Durchführung der Vergütungsminderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4 b. § 85 Abs. 2 b ist zu beachten. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 1 sind den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(4 f) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4 c bis 4 e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt."

44. **§ 86 wird wie folgt geändert:**
"In Absatz 1 wird das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" ersetzt.

45. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort "Bundesverbänden" ersetzt durch das Wort "Spitzenverbänden".

bb) In Satz 2 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

cc) Satz 4 wird gestrichen.

dd) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

"Die Arzneiverordnungsblätter sind so zu gestalten, daß bis zu drei Verordnungen je Verordnungsblatt möglich sind. Dabei ist für jede Verordnung ein Feld für die Auftragung des

Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 sowie ein weiteres Feld vorzusehen, in dem der Arzt seine Entscheidung nach § 73 Abs. 5 durch Ankreuzen kenntlich machen kann."

b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2 a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung). Darüber hinaus sind weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Regelungen sind spätestens bis zum 31. Dezember 1995 zu treffen; die Regelungen nach Satz 1 sollen spätestens ab 1995 getroffen werden.

(2 b) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind die Bewertungen der Laborleistungen bis zum 31. Dezember 1993 entsprechend den Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 anzupassen und neu zu ordnen. Bei der Neuordnung sind Möglichkeiten der strukturellen Veränderungen der Versorgung mit Laborleistungen einzubeziehen. **Für die Vergütung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ist erstmals bis zum 30. Juni 1993 eine Abstaffelung der Punktzahlen in Abhängigkeit von der Auslastung der jeweiligen Geräte festzulegen. Die Abstaffelung ist in Stufen von mindestens 20, 30 und 40 Vomhundert vorzusehen. Der von der Abstaffelung nicht betroffene Leistungsbereich ist unter Berücksichtigung der Investitionskosten der Geräte und der Amortisationsdauer zu bestimmen.**"

c) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne von § 82 Abs. 1."

46. § 88 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

"(2 a) Für das Jahr 1993 werden die zahntechnischen Vergütungen bei Leistungen für Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung für gewerbliche Labore und Praxislabore auf der Basis der am 31. Dezember 1992 geltenden Preise um 5 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis, **wobei sich die Preisanpassung in den Jahren 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern darf, um den sich die nach § 270 und § 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vomhundertsätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen.** Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Innungsverbände der Zahntechniker können unterschiedliche Absenkun-

gen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 5 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchst. a bleibt hiervon unberührt."

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Verträge nach § 83 haben Höchstpreise vorzusehen, die die Preise nach Absatz 2 und 2 a um mindestens 5 vom Hundert unterschreiten."

47. § 89 wird wie folgt geändert:

a) **In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

"(1 a) Kommt ein gesetzlich vorgeschriebener Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande und stellt keine der Vertragsparteien bei dem Schiedsamt den Antrag, eine Einigung herbeizuführen, können die zuständigen Aufsichtsbehörden nach Ablauf einer von ihnen gesetzten angemessenen Frist das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamt setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest."

c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenart im Schiedsamt mit. Die in Satz 1 genannten Verbände der Krankenkassen können von Satz 3 abweichende Regelungen vereinbaren."

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einigen."

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"§ 213 Abs. 2 gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen entsprechend."

e) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

"**(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung. Absatz 2 Sätze 2 bis 4 und Absatz 3 gelten entsprechend.**"

f) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

"(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiter übertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandungen gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend."

g) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Im übrigen gelten die Absätze 1, 1 a und 3, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend."

h) Absatz 8 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Im übrigen gelten die Absätze 1, 1 a und 3, Absatz 5 Satz 2 bis 6 entsprechend."

48. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 wird wie folgt gefaßt:

„9. Bedarfsplanung,".

b) Absätze 2 und 3 werden gestrichen.

c) Absatz 6 wird gestrichen.

d) In Absatz 7 werden die Worte „und der Verträge nach § 83 Absatz 3 und 4" gestrichen.

49. Nach § 92 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 92 a

Institut ‚Arzneimittel in der Krankenversicherung'

(1) Beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird ein Institut ‚Arzneimittel in der Krankenversicherung' errichtet. Mitglieder des Instituts sind

1. drei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,

2. drei Sachverständige der ärztlichen Praxis und der klinischen Medizin,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik,
4. ein Sachverständiger der Pharmazie,
5. je ein Sachverständiger der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie.

Die Sachverständigen und ihre Stellvertreter werden vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen mit Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen. Kommt die Berufung nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Gesundheit gesetzten Frist zustande, beruft der Bundesminister für Gesundheit die Sachverständigen.

(2) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt durch Erklärung gegenüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten; sie geben gegenüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine entsprechende Erklärung ab.

(3) Der Bundesminister für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder des Instituts, die Geschäftsführung, das Verfahren sowie die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Die Kosten der baren Auslagen und des Zeitaufwands der Mitglieder des Instituts werden je zur Hälfte von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragen.

(4) Das Institut hat eine Geschäftsstelle beim Bundesminister für Gesundheit. An den Sitzungen des Instituts können Vertreter des Bundesministers für Gesundheit und des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen teilnehmen.

(5) Das Institut erstellt zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 34 a eine wirkstoffbezogene Vorschlagsliste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die in der Liste bezeichneten Arzneimittel müssen die Voraussetzungen des § 12 Abs. 1 erfüllen. In die Vorschlagsliste werden nicht aufgenommen

1. Arzneimittel, für die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen hinsichtlich des Ausmaßes des zu erzielenden therapeutischen Effektes nicht nachgewiesen oder deren therapeutische Zweckmäßigkeit zweifelhaft ist,
2. Arzneimittel, 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,
3. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden.

(6) Bei Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen. Diese Arzneimittel sind in die Liste nach Absatz 5 gesondert aufzunehmen, soweit sie nach § 25 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes zugelassen oder nach **§ 36 des Arzneimittelgesetzes von der Zulassung freigestellt sind** oder einem nach § 25 Abs. 7 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes bekanntgemachten Ergebnis mit einer positiven Bewertung oder einem vom Bundesgesundheitsamt vorgelegten Muster nach Artikel 3 § 7 Abs. 3a Satz 2 Nr. 5 des Gesetze zur Neuordnung des Arzneimittelrechts entsprechen. **Arzneimittel der Homöopa-**

thie und Anthroposophie, die nach § 38 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes registriert sind oder nach § 39 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes von der Registrierung freigestellt sind, sind in die Liste nach Absatz 5 aufzunehmen, wenn sie in ihrer stofflichen Zusammensetzung nach § 25 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes zugelassenen Arzneimitteln oder Arzneimitteln entsprechen, die einem nach § 25 Abs. 7 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes bekanntgemachten Ergebnis mit einer positiven Bewertung oder einem vom Bundesgesundheitsamt vorgelegten Muster nach Artikel 3 § 7 Abs. 3a Satz 2 Nr. 5 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts entsprechen. Arzneimittel nach Satz 1, die nach Art. 3 § 7 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts als zugelassen gelten, sind für eine Übergangszeit in die Liste nach Absatz 5 aufzunehmen. Sie sind aus der Liste herauszunehmen, wenn nach Vorliegen eines Tatbestandes nach Satz 2 oder, bei Arzneimitteln nach Satz 3, nach der Registrierung durch das Bundesgesundheitsamt festgestellt wird, daß sie den in Satz 2 oder Satz 3 aufgestellten Voraussetzungen nicht entsprechen. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, soweit vollständige Indikationsgebiete nach Absatz 5 Satz 3 Nr. 1 oder 3 nicht in die Liste nach Absatz 5 aufgenommen werden.

(7) Das Institut beschließt die Liste nach Absatz 5 mit der Mehrheit seiner Mitglieder. Das Institut soll die Liste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel und Therapieprinzipien berücksichtigen. Soweit es sich um Arzneimittel nach § 49 Arzneimittelgesetz handelt, hat das Institut innerhalb von drei Monaten nach der Bekanntmachung der Zulassung des Arzneimittels über dessen Aufnahme in die Liste nach Absatz 5 zu entscheiden. Kommt eine Entscheidung innerhalb dieser Frist nicht zustande, ist das Arzneimittel bis zu einer gegenteiligen Entscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig, soweit es nicht zu einem Indikationsgebiet gehört, das nach Absatz 5 Satz 3 Nr. 1 oder 3 nicht in die Liste nach Absatz 5 aufgenommen worden ist. Arzneimittel, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse für die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr geeignet sind, sind aus der Liste herauszunehmen. Sachverständigen der medizinischen, pharmakologischen und pharmazeutischen Wissenschaft, der in Absatz 6 genannten besonderen Therapierichtungen sowie den Berufsvertretungen der Ärzte, der Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Unternehmer sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Liste nach Absatz 5 ist erstmalig bis zum 30. Juni 1995 zu beschließen.

(8) Das Institut stellt nach Erlaß der Rechtsverordnung nach § 34 a die darin bezeichneten Arzneimittel gegliedert nach Indikationsgebieten, Stoffgruppen und Stoffen sowie Therapierichtungen zusammen. Die Zusammenstellung hat einen Preisvergleich, auch in graphischer Form, auf der Grundlage rechnerischer mittlerer Tagesdosen sowie Angaben zur Höhe der Festbeträge nach § 35 zu enthalten und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen zu

ermöglichen. Die Zusammenstellung ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen und den Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen. **Sie ist in geeigneten Zeitabständen, mindestens einmal im Vierteljahr, durch Veröffentlichung der Änderungen im Bundesanzeiger zu aktualisieren.**

(9) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel verordnen, die nicht nach § 34 a verordnungsfähig sind. Hierfür ist ein gesondertes Verordnungsblatt mit maschinenlesbarer Kennzeichnung vorzusehen. Der Arzt hat die Verordnung schriftlich zu begründen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere, insbesondere das Verfahren für die Überprüfung der Verordnungen.

(10) Das Institut unterstützt den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Bereich der Arzneimittelversorgung, insbesondere bei der Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(11) Das Bundesgesundheitsamt, die pharmazeutischen Unternehmer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer sowie der Apotheker sind verpflichtet, dem Institut auf Verlangen die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Unterlagen zu übermitteln und notwendige Auskünfte zu erteilen.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste nach Absatz 5 sind unzulässig. Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 8 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, Stoffgruppen oder Stoffen, die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung ist unzulässig."

50. § 93 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Kommt der Bundesausschuß seiner Pflicht nach Absatz 1 nicht oder nicht in einer vom Bundesminister für Gesundheit gesetzten Frist nach, kann der Bundesminister für Gesundheit die Übersicht zusammenstellen und im Bundesanzeiger bekannt machen."

51. § 95 wird wie folgt geändert:

a) **In der Überschrift wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

b) **In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

c) **Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

a) In Satz 1 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" ersetzt.

b) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte,

2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte."

d) **In Absatz 3 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt", das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" und das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

e) **In Absatz 4 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" und das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

f) **In Absatz 5 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" ersetzt.**

g) **Absatz 6 wird wie folgt geändert:**

aa) In Satz 1 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt", das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" und das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

h) Dem Absatz 7 werden folgende Sätze angefügt:

„Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. War der Vertragsarzt

1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und
2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen,

verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend."

i) **Absatz 8 wird gestrichen.**

j) Folgender Absatz wird angefügt:

"(9) Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen. Das Nähere bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 gilt für den angestellten Arzt entsprechend."

52. Nach § 95 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 95 a

Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassene Einrichtungen erworben hat.

(3) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens dreijährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

1. mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
2. mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
3. höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(4) Die Voraussetzungen zur Eintragung sind auch erfüllt, wenn der Arzt auf Grund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung der Richtlinien des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) bis zum 31. Dezember 1995 die Bezeichnung ‚Praktischer Arzt' erworben hat.

(5) Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber von in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen sind, die in Ausführung von Artikel 1 der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) ausgestellt worden oder nach Artikel 6 dieser Richtlinie den in Artikel 1 geregelten Nachweisen gleichgestellt sind. Einzutragen sind auch Inhaber von in anderen Mitgliedsstaaten ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Facharztes, die nach Artikel 4 der Richtlinie des Rates der EG vom 16. Juni 1975 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes und für die Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr (75/362/EWG) anzuerkennen sind oder wenn sie, sofern sie die Eintragung bis zum 31. Dezember 1994 beantragen, Inhaber von nach Artikel 3 dieser Richtlinie anerkannten, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Arztes sind."

53. Nach § 95 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 95 b

Kollektiver Verzicht auf die Zulassung

(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(2) Verzichten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsarzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grunde zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72 a Abs. 1, kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.

(3) Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt. Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig."

54. **§ 96 wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

b) In Absatz 2 werden nach den Worten "Landesverbänden der Krankenkassen" die Worte "und den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.

c) In Absatz 3 Satz 2 wird nach dem Wort "Vereinigungen" das Wort "einerseits" und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "und den Verbänden der Ersatzkassen andererseits" eingefügt.

d) In Absatz 4 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

55. **§ 97 wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Ärzte" das Wort "einerseits" und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie den Verbänden der Ersatzkassen andererseits" eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.

c) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort "oder" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbände der Krankenkassen" die Worte "oder den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.

56. **§ 98 wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 8 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

bb) In Nummer 9 wird das Wort "Kassenarztsitzen" durch das Wort "Vertragsarztsitzen" ersetzt.

cc) In Nummer 10 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

dd) In Nummer 11 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

ee) Nummer 13 wird wie folgt gefaßt:
"13. Die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Vertragsärzte angestellte Ärzte, Assistenten und Vertreter in der vertragsärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,".

ff) In Nummer 14 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

gg) In Nummer 15 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

57. **In § 99 Abs. 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

58. § 101 wird wie folgt gefaßt:

„§ 101
Überversorgung

Die Bundesausschüsse beschließen in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsarztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,
3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der ärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerläßlich sind.

Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. Vertragsärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragsarzt angestellte ganztags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 1 und angestellte halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen."

59. § 102 wird wie folgt gefaßt:

„§ 102
Bedarfszulassung

Ab 1. Januar 1999 erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. Die Bundesausschüsse haben in Richtlinien Kriterien für die Anwendung der Verhältniszahlen auf ärztliche Zusammenschlüsse zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieser Kriterien kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Zulassungen gefördert werden. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Verhältniszahl nach Satz 1 führen

würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen, es sei denn, der Bedarfsplan für das jeweilige Versorgungsgebiet sieht ausnahmsweise die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze vor, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerläßlich sind."

60. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuß nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse Zulassungsbeschränkungen anzuordnen."

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen sind."

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blätter unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. Dem Zulassungsausschuß sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuß den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind des Vertragsarztes, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt."

d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen (Registerstelle) führen für jeden Planungsbereich eine Warteliste. In die Warteliste werden auf Antrag die Ärzte, die sich um einen Vertragsarztsitz bewerben und in das Arztregister eingetragen sind, aufgenommen. Bei der Auswahl der Bewerber für die Übernahme einer Vertragsarztpraxis nach Absatz 4 ist die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen."

e) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
"(6) Endet die Zulassung eines Vertragsarztes, der die Praxis bisher mit einem oder mehreren Vertragsärzten gemeinschaftlich ausgeübt hat, so gelten die Absätze 4 und 5 entsprechend. Die Interessen des oder der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte sind bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen."

61. § 104 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Verweisung "102" durch die Verweisung "101" und das Wort "kassenärztlicher" durch das Wort "vertragsärztlicher" ersetzt.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird gestrichen.

62. **§ 105 wird wie folgt geändert:**

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: "Die Förderung der vertragsärztlichen Versorgung".

b) In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

c) In Absatz 2 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

d) In Absatz 3 wird "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" ersetzt.

63. § 106 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „kassenärztlichen" ersetzt durch das Wort „vertragsärztlichen" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),

2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Vertragspartner können vereinbaren, die Stichprobe getrennt nach Arztgruppen zu ziehen.

Die Prüfungen nach Durchschnittswerten und die Zufälligkeitsprüfungen umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Eine erneute Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 findet im Regelfall nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt."

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. 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. Der einer Prüfung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Die Vereinbarung für die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 hat einen Vomhundertsatz der Überschreitung vorzusehen, ab dem Prüfungen ohne Antragstellung durchgeführt werden, sowie einen Vomhundertsatz der Überschreitung, ab dem der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten hat, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Vertragspartner haben auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach den §§ 29, 30 und 64 Kösten erstattet. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen."

d) In Absatz 4 Satz 1 wird nach dem Wort „Vereinigungen" das Wort „gemeinsame" eingefügt.

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkasse" ein Komma und die Worte „ihres Verbandes" eingefügt; das Wort „Kassenarzt" wird ersetzt durch das Wort „Vertragsarzt."

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse oder ihr Verband kann vor Stellung eines Antrags nach Satz 1 den Vertragsarzt mit seiner Zustimmung über die veranlaßten Leistungen, deren Kosten und über wirtschaftliche Alternativen informieren."

f) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz angefügt:

„(5 a) Abweichend von Absatz 5 werden bei einer Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 um mehr als 15 vom Hundert Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ohne Antragstellung durchgeführt; bei einer Überschreitung um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 3 können frühestens ab 1. Januar 1995 Vom-Hundert-Sätze vereinbaren, die von den in Satz 1 genannten abweichen."

g) Absatz 7 wird gestrichen.

64. § 109 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart."

b) In Absatz 4 Satz 3 wird der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt.

65. § 110 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist."

b) **Dem Satz 4 werden folgende Sätze angefügt:**
"Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die zuständige Landesbehörde nicht innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung der Kündigung widersprochen hat. Die Landesbehörde hat einen Widerspruch spätestens innerhalb von drei weiteren Monaten schriftlich zu begründen."

66. § 111 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 wird vor dem Wort „leistungsfähige" das Wort „bedarfsgerechte," eingefügt.

b) Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben."

67. In § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird das Komma gestrichen und folgender Satzteil angefügt: „einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,".

68. § 113 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zustande, wird dieser auf Antrag innerhalb von zwei Monaten von der Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 1 bestimmt."

b) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden."

69. **In der Überschrift des vierten Abschnittes wird das Wort "Kassenärzten" durch das Wort "Vertragsärzten" ersetzt.**

70. § 115 wird wie folgt geändert:

a) **In der Überschrift wird das Wort "Kassenärzten" durch das Wort "Vertragsärzten" ersetzt.**

b) **In den Absätzen 1 bis 3 wird jeweils das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" und das Wort "Kassenärzten" durch das Wort "Vertragsärzten" ersetzt.**

c) Absatz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefaßt:

"4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch; in den Verträgen können von § 115 a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden."

d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte "bis zum 31. Dezember 1989" gestrichen.

e) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
"Eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 ist zulässig, solange und soweit die Landesregierung eine Rechtsverordnung nicht erlassen hat."

71. Nach § 115 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 115 a

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung unverzüglich zu unterrichten.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115 b

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und

3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. **Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenhäusern die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.**

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 31. März 1993 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt.

(4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. **Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.**

(5) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen."

72. **In § 116 Satz 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

73. **In § 120 Abs. 1 wird das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" und das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

74. **§ 121 wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 2 wird das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" ersetzt.

b) In Absatz 3 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

75. **In § 121a Abs. 1 wird das Wort "Kassenärzte" durch das Wort "Vertragsärzte" ersetzt.**

76. § 122 wird wie folgt gefaßt:

„§ 122

Medizinisch-technische Großgeräte

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

(2) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte sowie die Anhaltszahlen für den bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einsatz der Großgeräte. Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung treffen die Großgeräteausschüsse eine entsprechende Regelung.

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

(4) Die Beteiligten im Großgeräteausschuß stimmen einvernehmlich den Standort eines Großgerätes und eine Mitnutzung durch Dritte ab. Die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Anhaltszahlen sowie insbesondere die medizinischen Leistungserfordernisse, die Bevölkerungsdichte und -struktur, die Zumutbarkeit der Entfernung für die Versicherten, die bereits zur Verfügung stehenden Großgeräte, die Qualifikation für das Betreiben des Großgerätes, die Förderung einer gemeinsamen Nutzung sowie der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf (§ 10 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) sind zu berücksichtigen. Bei regionalen Besonderheiten kann der Großgeräteausschuß von der Rechtsverordnung nach Absatz 2 abweichende Regelungen treffen. **Um einen gleichmäßigen Zugang zur Großgerätenutzung sicherzustellen, kann der Großgeräteausschuß bestimmen, daß die Mitnutzung durch andere Antragsteller im Rahmen der vorhandenen Nutzungsmöglichkeiten zu gestatten ist. Über die Nutzung eines medizinisch-technischen Großgerätes hat der Betreiber dem Großgeräteausschuß auf Verlangen Auskunft zu erteilen; der Großgeräteausschuß ist ermächtigt, die Informationen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Durchführung der vertragsärztlichen Abrechnung weiterzuleiten.** Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Das Ergebnis der Abstimmung oder der Entscheidung nach Absatz 4 wird gegenüber einem Krankenhausträger durch Bescheid der zuständigen Landesbehörde und gegenüber einem Vertragsarzt durch Bescheid des zuständigen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen umgesetzt. Im Falle einer Klage gegen den Bescheid findet ein Vorverfahren nicht statt."

77. **§ 125 wird wie folgt geändert:**

a) In Satz 1 werden nach dem Wort "Ersatzkassen" die Worte "auf Landesebene" eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
"Die Preise dürfen sich gegenüber den am 31. Dezember 1992 geltenden Preisen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchsten um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern. Die Vomhundersätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen."

78. **Dem § 126 wird folgender Absatz angefügt:**
"(5) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend."

79. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Ersatzkassen" die Worte "auf Landesebene" eingefügt.

b) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
"Sie dürfen sich gegenüber den am 31. Dezember 1992 geltenden Preisen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern."

c) Folgender Absatz wird angefügt:
"(3) Die Krankenkassen können bei den Leistungserbringern Preisvergleiche über Hilfsmittel durchführen und die Versicherten sowie die Ärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die bereit sind, zum Festbetrag zu liefern, informieren. Sie können Preisvergleiche auch durch regionale Arbeitsgemeinschaften oder in Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden durchführen."

80. In § 129 Abs. 6 Satz 1 werden die Worte „im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die" gestrichen.

81. § 131 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 2 werden die Worte „Ermittlung der Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 und die" gestrichen.

b) In Absatz 4 werden die Worte „die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und" gestrichen.

82. **§ 133 Abs. 1 wird wie folgt geändert:**

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
"Die Preise dürfen sich gegenüber den am 1. Dezember 1992 geltenden Preisen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vomhundertsätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen."

b) Folgender Satz wird angefügt:
"Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten."

83. § 135 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
"Qualitätssicherung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung".

b) In Absatz 1 werden jeweils die Worte "kassen- und" gestrichen.

c) In Absatz 2 werden die Worte "sowie die Vertragspartner der vertragsärztlichen Versorgung" und jeweils die Worte "kassen- und" gestrichen.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:
"(4) Die Vertragspartner der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene haben gemeinsam und einheitlich auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu vereinbaren. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Bundesinnungsverband der Zahntechniker zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die

Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekanntmachen."

e) In Absatz 5 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.

f) In Absatz 6 wird das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" ersetzt.

84. Nach § 135 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 135 a

Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, bestimmen gemeinsam durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und der ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 1. Die Leistungserbringer, für die ein Vertrag nach § 125 gilt, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen."

85. **In § 136 werden jeweils die Worte "kassen- und" gestrichen.**

86. In § 137 Satz 4 werden nach der Verweisung "§ 111" die Worte "unter Beteiligung der Ärztekammern, soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen auch unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe," eingefügt.

87. **In § 138 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.**

88. Dem § 140 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen Eigeneinrichtungen auch dann errichten, wenn mit ihnen der Sicherstellungsauftrag nach § 72a Abs. 1 erfüllt werden soll."

89. § 141 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität."

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

"(3) Der Bundesminister für Gesundheit 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 sowie je einen Vertreter der Gesundheitshandwerker, der Heilmittelerbringer, des Kur- und Bäderwesens, der Pflegeberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behindertenverbände und der Verbraucherverbände. Der Bundesminister für Wirtschaft, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesminister für Familie und Senioren sind zu beteiligen."

90. § 143 wird wie folgt gefaßt:

„§ 143

Bezirk der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, daß sich die Region über mehrere Länder erstreckt."

91. § 144 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlungen" durch das Wort „Verwaltungsräte" ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden."

92. § 145 wird wie folgt gefaßt:

"§ 145
Vereinigung innerhalb eines Landes
auf Antrag

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

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann oder
2. der Bedarfssatz einer Ortskrankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen auf Bundes- oder Landesebene um mehr als 5 vom Hundert übersteigt. **§ 313 Abs. 10 Buchstabe a gilt entsprechend.**

(2) Die Landesregierung vereinigt auf Antrag des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

Erstreckt sich der Bezirk nach der Vereinigung der Ortskrankenkassen über das Gebiet eines Landes hinaus, gilt § 143 Abs. 3 entsprechend.

(3) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen, die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht und um den nach § 266 erhaltenen Risikostrukturausgleich. Zu den Ausgaben zählt auch der zu tragende Risikostrukturausgleich nach § 266."

93. Nach § 146 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 146 a
Schließung

Eine Ortskrankenkasse 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. § 155 und § 164 Abs. 2 bis 5 gelten entsprechend."

94. § 147 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „vierhundertfünfzig" ersetzt durch die Zahl „1000".

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Leistungsfähigkeit ist insbesondere dann gefährdet, wenn der Bedarfssatz einer betroffenen Ortskrankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen um mehr als 10 vom Hundert oder den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt. § 313 Abs. 1 gilt entsprechend."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Der Arbeitgeber kann auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen. Wird eine Betriebskrankenkasse nach dem 31. Dezember 1995 errichtet, ist in der dem Antrag auf Genehmigung nach § 148 Abs. 3 beigefügten Satzung zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. Bei am 1. Januar 1996 bereits errichteten Betriebskrankenkassen kann der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals ablehnen. Die Ablehnung ist bis zum 31. März 1996 gegenüber dem Vorstand der Betriebskrankenkasse zu erklären. In diesem Fall übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens nach Ablauf von drei Jahren nach Zugang der Ablehnungserklärung beim Vorstand der Betriebskrankenkasse die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn sie zustimmen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; **§ 613 a des Bürgerlichen Gesetzbuches ist entsprechend anzuwenden.** Neueinstellungen nimmt ab dem 1. April 1996 die Betriebskranken-

kasse vor, wenn der Arbeitgeber die Übernahme der Kosten der für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen abgelehnt hat. Die Entscheidung des Arbeitgebers über die Bestellung des Personals ist unwiderruflich. Sofern eine Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 vorsieht, kann der Arbeitgeber erneut entscheiden, ob er weiterhin das für die Führung der Geschäfte erforderliche Personal auf seine Kosten bestellen will. Sätze 4 bis 10 gelten entsprechend."

95. § 148 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „vierhundertfünfzig" durch die Zahl „1000" ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten."

96. § 149 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 148 gilt entsprechend."

97. § 150 wird wie folgt gefaßt:

„§ 150

Freiwillige Vereinigung

(1) Betriebskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthalten, gelten §§ 145 und 146 entsprechend; für die Vereinigung einer oder mehrer bundesunmittelbarer Betriebskrankenkassen mit anderen Betriebskrankenkassen gilt § 168 a Abs. 2 entsprechend."

98. In § 151 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält."

99. § 152 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlung" durch das Wort „Verwaltungsrat" ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält. Für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, die nach dem 31. Dezember 1995 vereinigt wurden, ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen."

100. § 153 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist und die Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält,".

101. § 154 wird gestrichen.

102. § 155 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Landesverband über. Das Vermögen geht auf den Bundesverband über, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehörte."

b) In Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält; in diesem Falle hat der Landesverband die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Verpflichtungen hat der Bundesverband zu erfüllen, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehörte."

103. In § 156 werden die Worte "Satz 2„ gestrichen.

104. § 157 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird das Wort „vierhundertfünfzig" durch die Zahl „1000" ersetzt.

b) In Nummer 2 wird das Wort „und" durch einen Punkt ersetzt.

c) Nummer 3 wird gestrichen.

105. § 158 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „vierhundertfünfzig" durch die Zahl „1000" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung und der Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten."

106. § 159 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „der Gesellenausschuß der vereinigten Handwerksinnung" durch die Worte „die Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten" ersetzt und die Worte „und 3" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „vierhundertfünfzig" durch die Zahl „1000" ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, treffen die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörden, die vor der Anpassung zuständig waren. Sie geben den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit sich zu äußern."

107. § 160 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlungen" durch das Wort „Verwaltungsräte" ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „nach" durch das Wort „vor" und das Wort „Aufsichtsbehörde" durch das Wort „Aufsichtsbehörden" ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch die Landesregierung gelten §§ 145 und 146 entsprechend."

108. In § 161 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Innungskrankenkassen, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält."

109. § 162 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlung" durch das Wort „Verwaltungsrat" ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält."

110. In § 163 wird folgender Satz angefügt:

„Nummer 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält."

111. Dem § 164 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält; in diesem Fall gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 und 5 entsprechend."

112. § 168 wird wie folgt gefaßt:

„§ 168

Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen können.

(2) Beschränkungen des aufnahmeberechtigten Mitgliederkreises sind nicht zulässig.

(3) Der Bezirk einer Ersatzkasse kann durch Satzungsregelung auf das Gebiet eines oder mehrerer Länder oder das Bundesgebiet erweitert werden. Die Satzungsregelung bedarf der Genehmigung der vor der Erweiterung zuständigen Aufsichtsbehörde."

113. Folgender § 168 a wird eingefügt:

„168 a

Vereinigung von Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann auf Antrag einer Ersatzkasse oder eines Spitzenverbandes der Ersatzkassen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Ersatzkassen nach Anhörung der betroffenen Ersatzkassen vereinigen. Für die Vereinigung von Ersatzkassen durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheit gelten §§ 145 und 146 entsprechend."

114. § 169 wird gestrichen.

115. In § 171 werden die Worte „Auflösung und" gestrichen.

116. Der Zweite Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefaßt:

„Zweiter Abschnitt

Wahlrechte und Zuständigkeit

Erster Titel

Wahlrechte der Mitglieder

§ 173

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, im Arbeitsförderungsgesetz oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,

6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen.

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse am Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, Behinderte und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte Behinderte können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

§ 174

Besondere Wahlrechte

(1) Für versicherte Rentner, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, gilt § 173 nur, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Absatz 2 gilt nicht.

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) Die bei der See-Berufsgenossenschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der See-Krankenkasse, die bei der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der Bundesknappschaft wählen.

§ 175

Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Die Mitgliedsbescheinigung ist der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich vorzulegen.

(3) Das Wahlrecht Versicherungspflichtiger ist spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. **Für die Fälle, in denen das Wahlrecht nicht nach Absatz 1 Satz 1 ausgeübt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit.**

(4) Der Versicherungspflichtige ist an die Kassenwahl mindestens zwölf Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres möglich. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Die Spitzenverbände vereinbaren für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke.

Zweiter Titel
Zuständigkeit

§ 176
Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind abweichend von § 173

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch 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.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der See-Krankenkasse an, wenn sie zuletzt bei der See-Krankenkasse versichert waren; § 173 gilt.

§ 177
Zuständigkeit der Bundesknappschaft

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind abweichend von § 173 die in den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren; § 173 gilt."

117. Dem § 183 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Versicherungspflichtig Beschäftigte, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, können die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Absätze 3 und 5 gelten entsprechend."

118. Dem § 186 wird folgender Absatz angefügt:

„(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung."

119. § 190 Abs. 12 wird gestrichen.

120. In § 192 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird" durch die Worte „oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird" ersetzt.

121. In § 194 Abs. 1 Nr. 7 werden die Worte „der Vertreterversammlung" durch die Worte „des Verwaltungsrates" ersetzt.

122. § 197 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift „Vertreterversammlung" wird ersetzt durch die Überschrift „Verwaltungsrat".

b) Der bisherige Text wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

aa) Im Eingangssatz werden die Worte „Die Vertreterversammlung" durch die Worte „Der Verwaltungsrat" ersetzt.

bb) Nach Nummer 1 werden folgende Nummern eingefügt:
"1a. den Vorstand zu überwachen,
1b. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,".

cc) In Nummer 3 werden die Worte „und des Geschäftsführers" gestrichen.

c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(3) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden."

123. Nach § 207 Abs. 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2a) Vereinigen sich in einem Land alle Mitglieder eines Landesverbandes oder werden alle Mitglieder eines Landesverbandes durch die Landesregierung zu einer Krankenkasse vereinigt, tritt diese Krankenkasse in die Rechte und Pflichten des Landesverbandes ein."

124. § 208 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Geschäftsführer" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „und für den Geschäftsführer § 31 Abs. 1 Satz 2, § 36 Abs. 2 Satz 1 und § 37 Abs. 2" gestrichen.

125. § 209 wird wie folgt gefaßt:

„§ 209

Verwaltungsrat der Landesverbände

(1) Bei den Landesverbänden der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat nach näherer Bestimmung der Satzungen gebildet. Der Verwaltungsrat hat höchstens 30 Mitglieder. In dem Verwaltungsrat müssen, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein.

(2) Der Verwaltungsrat setzt 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. § 44 Abs. 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden von dem Verwaltungsrat der Mitgliedskassen aus dessen Reihen gewählt.

(4) Für den Verwaltungsrat gilt § 197 entsprechend. § 33 Abs. 3, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches gelten entsprechend."

126. Nach § 209 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 209 a

Vorstand bei den Landesverbänden

Bei den Landesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Er besteht aus höchstens drei Personen. § 35a Abs. 1 bis 3 und 5 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend."

127. § 210 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „seine Vertreterversammlung" durch die Worte „seinen Verwaltungsrat" ersetzt.

b) In Satz 3 Nr. 2 werden die Worte „der Selbstverwaltungsorgane" durch die Worte „des Verwaltungsrats" und in Satz 3 Nr. 4 die Worte „der Vertreterversammlung" durch die Worte „des Verwaltungsrats" ersetzt.

128. Dem § 212 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Ersatzkassen und ihre Verbände haben für alle auf der Landesebene abzuschließenden Verträge einen Bevollmächtigten mit Abschlußkompetenz zu benennen."

129. § 215 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für den Verwaltungsrat und den Vorstand der Bundesverbände gelten § 209 und § 209a entsprechend. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen."

b) In Absatz 2 werden die Worte „der Selbstverwaltungsorgane" durch die Worte „des Verwaltungsrats" ersetzt.

130. In § 216 Satz 1 werden die Worte „seine Vertreterversammlung" durch die Worte „seinen Verwaltungsrat" ersetzt.

131. In § 218 Abs. 1 werden die Worte „ihrer Vertreterversammlungen" durch die Worte „ihrer Verwaltungsräte" ersetzt.

132. § 219 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere mit Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern sowie mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation Arbeitsgemeinschaften zur Wahrnehmung der in Absatz 1 genannten Aufgaben bilden."

c) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 3.

133. Dem § 220 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Weichen die nach § 270a vom Bundesminister für Gesundheit bekannt gegebenen Feststellungen von den Vorausschätzungen ab, die die Krankenkasse ihrem Haushaltsplan zugrunde gelegt hatte, hat die Krankenkasse Überschreitungen des Haushaltsplans des Vorjahres mit den für das laufende Kalenderjahr vorgesehenen Ausgaben zu verrechnen."

134. In § 221 Abs. 1 werden die Worte „der Vertreterversammlung" durch die Worte „dem Verwaltungsrat" ersetzt.

135. In § 222 Abs. 1 werden die Worte „der Vertreterversammlung" durch die Worte „dem Verwaltungsrat" ersetzt.

136. Nach § 238 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 238 a

Rangfolge der Einnahmearten freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern werden der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen (§ 240 Abs. 1), bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt."

137. § 240 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe "§ 229 Abs. 2" ein Komma und die Angabe "§ 238 a" eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

"(3a) Für Versicherte, bei denen am 31. Dezember 1992 § 248 Abs. 2 anzuwenden war, gilt für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen § 248 Abs. 1."

c) Dem Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt.

"Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der vierzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 2 können nur zum Ersten des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden."

138. § 248 Abs. 2 wird gestrichen.

139. § 257 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Zuschuß beträgt die Hälfte des nach Absatz 2 a Satz 2 zu errechnenden durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat."

b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2 a) Der Zuschuß nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem zuschußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Juli nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 247) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2 b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschußberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist.

(2 c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes 2 a nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen."

140. Dem § 258 wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2a bis 2c gilt entsprechend."

141. In der Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels werden das Wort „Finanzausgleiche" durch die Worte „Finanz- und Risikostrukturausgleiche" ersetzt und die Worte „Erster Titel" sowie „Finanzausgleiche innerhalb einer Kassenart" gestrichen.

142. Nach § 265 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 265 a

Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil."

143. § 266 erhält folgende Fassung:

„§ 266

Risikostrukturausgleich

(1) Zwischen den Krankenkassen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Mit dem Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der nach § 10 Versicherten und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen. Einnahmen- und Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Zahl der Versicherten nach § 10 oder die Alters- oder Geschlechtsverteilung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zurückzuführen sind, sind nicht ausgleichsfähig.

(2) Die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse wird durch Vergleich ihres Beitragsbedarfs mit ihrer Finanzkraft ermittelt. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen jährlich so bestimmt, daß das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zueinander entspricht.

(3) Die Finanzkraft einer Krankenkasse ist das Produkt aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder und dem Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Er ist in Hundertsteln festzusetzen. Übersteigt die Finanzkraft einer Krankenkasse ihren Beitragsbedarf, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren Beitragsbedarf ihre Finanzkraft übersteigt.

(4) Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2 bleiben außer Betracht

1. die von Dritten erstatteten Ausgaben,
2. Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung), sind in die Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben nach Satz 1 einzubeziehen. Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Kassenärzte und -zahnärzte.

(5) Das Bundesversicherungsamt führt den Ausgleich durch. Es gibt für die Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft jeder Krankenkasse bekannt

1. in Abständen von längstens drei Jahren das Verhältnis der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen je Versicherten, nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) getrennt, zu den durchschnittlichen Leistungsausgaben aller am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Krankenkassen je Versicherten auf der Grundlage der Datenerhebung nach § 267,
2. jährlich die auf der Grundlage der Verhältniswerte nach Nummer 1 standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2), und
3. den Ausgleichsbedarfssatz nach Absatz 3.

Das Bundesversicherungsamt kann 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.

(6) Das Bundesversicherungsamt stellt im voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Nr. 2 und 3 vorläufig fest. Bei der Berechnung der von Krankenkassen zu leistenden Ausgleichszahlungen legen die Krankenkassen die Werte nach Satz 1, die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl ihrer Versicherten je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres sind der Beitragsbedarf und die Finanzkraft jeder Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und der zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Festsetzung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft nach Satz 5 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen. Die Durchführung von für den Risikostrukturausgleich erforderlichen Berechnungen und des Zahlungsverkehrs kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 auf die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte übertragen werden. Werden nach Abschluß der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der Ermittlung beim nächsten Ausgleichsverfahren nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.

(7) Der Bundesminister für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Ermittlung der Werte nach Absatz 5 sowie die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikoausgleichsverfahrens erforderlichen Daten,
2. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 und der Leistungsausgaben nach Absatz 2, 4 und 5; dabei können für in § 267 Abs. 3 genannte Versichertengruppen abweichend von Absatz 2 Satz 3 besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes oder der beitragspflichtigen Einnahmen geregelt werden,
3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Abs. 2,
4. die Berechnungsverfahren,
5. die Fälligkeit der Beträge und die Verzinsung bei Verzug,
6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
7. die Festsetzung der Stichtage und Fristen nach § 267; anstelle des Stichtages nach § 267 Abs. 2 kann ein Erhebungszeitraum bestimmt werden,
8. die von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,
9. die Berücksichtigung des Finanzausgleichs nach § 265.

(8) Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Risikostrukturausgleich nicht teil."

144. § 267 erhält folgende Fassung:

„§ 267

Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich

(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen

1. die Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen, getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner.

(2) Die Krankenkassen erheben jährlich zum 1. Oktober die Zahl der Mitglieder und der nach § 10 versicherten Familienangehörigen nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf

Jahren, getrennt nach Mitgliedergruppen und Geschlecht. Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt nach den in §§ 241 bis 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Merkmalen. Die Zahl der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt erhoben.

(3) Die Krankenkassen erheben in Abständen von längstens drei Jahren, erstmals für das Geschäftsjahr 1994, nicht versichertenbezogen die in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben und die Krankengeldtage auch getrennt nach den Altersgruppen gemäß Absatz 2 Satz 1 und nach dem Geschlecht der Versicherten, die Krankengeldausgaben nach § 44 und die Krankengeldtage zusätzlich gegliedert nach den in §§ 241 bis 243 genannten Mitgliedergruppen; die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden mit Ausnahme der Leistungen nach § 266 Abs. 4 Satz 2 nicht erhoben. Bei der Erhebung nach Satz 1 sind die Leistungsausgaben für die Gruppe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute getrennt zu erheben. Die Erhebung der Daten nach den Sätzen 1 und 2 kann auf für die Region und die Kassenart repräsentative Stichproben im Bundesgebiet oder in einzelnen Ländern begrenzt werden. Der Gesamtumfang der Stichproben beträgt höchstens 10 vom Hundert aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

(4) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerhebung nach den Absätzen 1 und 3 bis zum 31. Mai des Folgejahres, die Ergebnisse der Datenerhebung nach Absatz 2 spätestens drei Monate nach dem Erhebungsstichtag über ihre Spitzenverbände dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor.

(5) Für die Datenerfassung nach Absatz 3 können die hiervon betroffenen Krankenkassen auf dem Krankenschein auch Kennzeichen für die Mitgliedergruppen nach Absatz 3 Satz 1 und 2 verwenden. Enthält der Krankenschein Kennzeichnungen nach Satz 1, übertragen Ärzte und Zahnärzte diese Kennzeichnungen auf die für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Verordnungsblätter und Überweisungsscheine. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer verwenden die Kennzeichen nach Satz 1 bei der Leistungsabrechnung; sie weisen zusätzlich die Summen der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge in der Leistungsabrechnung gesondert aus. Andere Verwendungen der Kennzeichen nach Satz 1 sind unzulässig. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer stellen die für die Datenerfassung nach den Absätzen 1 bis 3 notwendigen Abrechnungsdaten in geeigneter Weise auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(6) Die Krankenkassen übermitteln den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung über ihre Spitzenverbände die Kennzeichen nach § 293 Abs. 1 und die Versicherungsnummern nach § 147 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch der bei ihnen pflichtversicherten Rentner. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über deren Spitzenverbände jährlich bis zum 31. Dezember die Summen der an die nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtigen Mitglieder am 1. Oktober gezahlten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1. Die Meldung nach Satz 2 enthält auch die Information, welche Versicherten eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach den Sätzen 2 und 3 auf die Deutsche Bundespost übertragen; die Krankenkassen übermitteln über ihre Spitzenverbände die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die nach § 119 Abs. 7 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle. § 119 Abs. 6 Satz 1 und Absatz 7 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gilt. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 4 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1 nach Durchführung ihrer Aufgaben nach Absatz 6. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 3 sind nach Durchführung und Abschluß des Risikostrukturausgleichs nach § 266 zu löschen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. April 1993

1. das Nähere über den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3,
2. das Nähere über das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1,
3. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 das Nähere über das Verfahren nach Absatz 5 Satz 2 bis 4,
4. einheitlich und gemeinsam mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 6.

(8) Kommen die Vereinbarungen nach Absatz 7 bis zum 30. April 1993 nicht zustande, bestimmt der Bundesminister für Gesundheit das Nähere über die Erhebung und Verarbeitung der Daten.

(9) Die Kosten werden getragen

1. für die Erhebung nach den Absätzen 1 und 2 von den betroffenen Krankenkassen,
2. für die Erhebung nach Absatz 3 von den Spitzenverbänden der jeweils betroffenen Krankenkassen,
3. für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach Absatz 5 von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den übrigen Leistungserbringern,
4. für die Meldung nach Absatz 6 der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

(10) Die Absätze 1 bis 9 gelten nicht für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen."

145. Nach § 270 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 270 a

Vorausschätzungen und Feststellungen

Der Bundesminister für Gesundheit trifft jeweils bis zum 15. Februar eine Vorausschätzung über die im laufenden Kalenderjahr je Mitglied zu erwartende durchschnittliche Veränderungsrate der nach § 270 zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen und stellt jeweils bis zum 1. Juli die endgültige durchschnittliche Veränderungsrate für das Vorjahr auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse aller Krankenkassen fest. Die Vorausschätzungen und Feststellungen erfolgen getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet; sie werden im Bundesanzeiger bekanntgegeben."

146. § 274 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Worten „der Spitzenverbände der Krankenkassen" die Worte „und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen" sowie nach den Worten „der Landesverbände der Krankenkassen" die Worte „und der Kassenärztlichen Vereinigungen" eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Der Bundesminister für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten."

cc) In Satz 5 werden nach den Worten „Die Krankenkassen" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten „die Verbände der Krankenkassen" die Worte „, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen" eingefügt.

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die vom Bundesminister des Innern erstellten Übersichten über die Personalkostenansätze des laufenden Rechnungsjahres für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger einschließlich der Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes/Beschäftigten in der Bundesverwaltung, der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechenden, von der zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten zugrunde zu legen. Fehlt es in einem Land an einer solchen Übersicht, gilt die Übersicht des Bundesministers des Innern entsprechend. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Die Personalkosten sind pro Prüfungsstunde anzusetzen. Die Kosten der Vor- und Nachbereitung der Prüfung einschließlich der Abfassung des Prüfberichts und einer etwaigen Beratung sind einzubeziehen. Die von den Krankenkassen und ihren Verbänden nach Satz 1 zu tragenden Kosten werden um die Kosten der Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vermindert."

147. § 275 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2)."

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung oder zu den Pflegestufen nach §§ 4 und 9 der Pflege-Personalregelung in vergleichbaren Gruppen

Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine personenbezogenen Daten enthalten."

148. Nach § 275 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 275 a

Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenkassen haben in jedem Land mit Zustimmung des nach Absatz 2 zu bestimmenden Krankenhauses die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme durch den Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Aufgaben nach § 275 Abs. 4 als Modellvorhaben prüfen zu lassen. Das Modellvorhaben soll jeweils ein Krankenhaus jeder der nach Landesrecht bestimmten Versorgungsstufen einbeziehen. Das Modellvorhaben ist bis zum 31. Dezember 1996 abzuschließen.

(2) Die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser, die Zahl der zu prüfenden Krankenhausaufnahmen sowie das Prüfverfahren sind durch die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam zu bestimmen. Kommt eine Einigung bis zum 31. März 1993 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 bis zum 30. Juni 1993.

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenkassen und Krankenhäuser haben dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, zu diesem Zweck zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser zu betreten.

(4) Die Medizinischen Dienste haben die Ergebnisse ihrer Prüfung auszuwerten. Die für das Modellvorhaben erhobenen und erfaßten personenbezogenen Daten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu löschen. Die Ergebnisse, Empfehlungen und Vorschläge der einzelnen Medizinischen Dienste sind in anonymisierter Form an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten und von diesem zusammenzufassen. Die Zusammenfassung ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ihren Landesverbänden, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Verfügung zu stellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zu prüfen, inwieweit die aus dem Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse durch Empfehlungen an die Mitgliedsverbände umgesetzt werden können."

149. § 276 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden nach der Angabe „§ 275" die Worte „und für die Modellvorhaben nach § 275a" eingefügt.

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„In den Fällen des § 275 Abs. 3a sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen einzusehen."

150. **In § 277 Abs. 1 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.**

151. Dem § 281 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern bestimmt sind, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von den anderen Leistungsträgern zu erstatten."

152. § 284 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Worten "nach § 65" die Worte "und für die in Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 bezeichneten Zwecke" eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Worte "und 8" durch die Worte ",8, 9 und § 305 Abs. 1" ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Worte "kassen- und" gestrichen und die Worte "§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3" durch die Worte "§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2" ersetzt.

153. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 2 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.

b) In Absatz 2 werden die Worte "Absatz 1 Nr. 5 und 6" durch die Worte "Absatz 1 Nr. 5, 6 und § 305" ersetzt.

154. § 291 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte "1. Januar 1992" durch die Worte "1. Januar 1995" ersetzt.

b) In Satz 3 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.

155. **In § 294 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.**

156. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind verpflichtet,

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels für die Anwendung nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(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 vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Angaben über die abgerechneten Leistungen fallbezogen, nicht versichertenbezogen."

c) In Absatz 3 werden jeweils die Worte "kassen- und" und die Worte "Kassen- und" gestrichen.

d) In Absatz 5 werden die Worte "kassen- und" gestrichen.

157. § 296 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
"Auffälligkeitsprüfungen".

b) In Absatz 1 werden die Worte "Kassen- und" gestrichen.

c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
"(2) In Überweisungsfällen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie des die Überweisung annehmenden Arztes."

d) In Absatz 3 werden die Worte "(§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2)" durch die Worte "(§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1)" ersetzt und die Worte "Kassen- und" gestrichen.

158. § 297 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
"Zufälligkeitsprüfungen".

b) In Absatz 1 werden die Worte "§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3" durch die Worte "§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2" ersetzt **und die Worte "kassen- und" gestrichen.**

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte "Kas-sen- und" gestrichen.

bb) Die Nummer 4 wird wie folgt gefaßt:
"4. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit der nach dem in § 295 Abs. 1 Satz 2 genannten Schlüssel verschlüsselten Diagnose, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden."

cc) Der Nummer 4 wird angefügt:
"Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln."

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Worte "Kassen- und" gestrichen.
bb) Folgender Satz wird angefügt:
"Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln."

159. § 300 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Worte „handschriftlich oder maschinell" durch das Wort „maschinenlesbar" ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

160. § 301 wird wie folgt gefaßt:

„§ 301
Krankenhäuser

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach § 115a und § 115b sowie nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung, die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 nach dem fünfstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels und der Klassifikation für die Anwendung nach Satz 1 im Bundesanzeiger bekannt. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 zum Kosten- und Leistungsnachweis nach § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung anzugeben.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, der Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,
3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
7. die berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend."

161. § 302 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer".

b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, maschinenlesbar in den Abrechnungsbelegen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 zu verwenden."

162. § 303 wird wie folgt gefaßt:

„§ 303

Ergänzende Regelungen

(1) 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,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

(2) Die Krankenkassen können zur Vorbereitung der Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113 sowie zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung und Verarbeitung der dafür erforderlichen Daten beauftragen. Die den Arbeitsgemeinschaften übermittelten versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren. Die Identifikation des Versicherten durch die Krankenkasse ist dabei zu ermöglichen; sie ist zulässig, soweit sie für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist. § 286 gilt entsprechend.

(3) Die Krankenkassen dürfen ab 1. Januar 1995 Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die Daten nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6, § 295 Abs. 1 und 2, § 296 Abs. 1 und 2, § 297 Abs. 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1 und § 302 Abs. 1, in dem jeweils zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern, angegeben oder übermittelt worden sind."

163. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. die Daten nach § 292 Abs. 2, § 295 Abs. 2, § 296 Abs. 1 und 3, §§ 297 und 299 spätestens nach zwei Jahren".

164. § 305 wird wie folgt gefaßt:

„§ 305

Auskünfte an Versicherte

Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen in den Fällen des Satzes 1 die Angaben über die vom Versicherten in Anspruch genommenen ärztlichen und

zahnärztlichen Leistungen und deren Kosten **für jeden Versicherten gesondert in der Form, die eine Kenntnisnahme durch die Krankenkasse ausschließt.** Die Krankenkassen leiten die Angaben an den Versicherten weiter. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln."

165. Dem § 308 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3 sowie des § 311 Abs. 2 und 4 im Land Berlin nicht."

166. § 309 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend."

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 175 entsprechend."

c) In Absatz 5 wird im letzten Halbsatz das Wort „Versicherung" durch das Wort „Pflichtversicherung" ersetzt.

167. § 310 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5, § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich bis zum 31. Dezember 1993 8 Deutsche Mark und vom 1. Januar 1994 an 9 Deutsche Mark zu zahlen."

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen."

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c anzuwenden ist, sind für die Anwendung des § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 und des § 40 Abs. 3 Satz 3 höchstens die Ausgaben aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied im vorvergangenen Kalenderjahr, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkassen im darauf folgenden Kalenderjahr je Mitglied erhöht werden, zugrunde zu legen; dieser Betrag wird um den Vomhundertsatz vermindert, um den sich die in § 18 Abs. 2 des Vierten Buches bestimmte Bezugsgröße (Ost) von der in § 18 Abs. 1 des Vierten Buches bestimmten Bezugsgröße unterscheidet."

d) Die Absätze 5, 6, 8 und 10 werden gestrichen.

e) In Absatz 11 Satz 2 wird das Wort „Juli" durch das Wort „Januar" ersetzt.

168. § 311 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. **Die kirchlichen Fachambulanzen sind kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden.** Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder teilen die Fachambulanzen, die die Voraussetzungen des Satzes 1 **und 2** erfüllen, mit ihren Tätigkeitsfeldern und der Zahl der Ärzte den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesminister für Gesundheit mit. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 **und 2** widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist. **Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben die in den Einrichtungen nach Satz 1 und 2 beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach Satz 1 und 2 bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 95 Abs. 2 erfüllt sind; dies gilt in einem Planungsbereich in dem bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt ist, nur dann, wenn dadurch der zum 1. Oktober 1992 festgestellte Bestand an Ärzten unterschritten wird. Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag sind der fachärztlichen Versorgung (§ 73) zuzuordnen."**

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Worte "bis zum 31. Dezember 1995" gestrichen.
bb) Buchstabe b wird gestrichen.
cc) In Buchstabe c wird Satz 1 und 2 wie folgt gefaßt:
"In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Ärzte, die in Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind, im Verhältnis ihrer Zahl zu der der Kassenärzte vertreten. Das zu Beginn der Wahlperiode bestehende Verhältnis nach Buchstabe c Satz 1 gilt für die gesamte Dauer."

dd) In Buchstabe c werden die Sätze 2 bis 4 Sätze 3 bis 5.

c) Absatz 8 wird gestrichen.
d) An Absatz 9 wird folgender Satz angefügt:
"Für die Anstellung von Ärzten nach § 95 Abs. 9 gilt Satz 1 entsprechend."

161. § 311a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„ab 1. Januar 1993 beträgt der Abschlag 20 vom Hundert."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) nach den Worten „24 vom Hundert" werden ein Komma und die Worte „ab 1. Januar 1993 22 vom Hundert," eingefügt.

bb) Der Punkt wird durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „ab 1. Januar 1993 23 vom Hundert."

170. § 312 wird wie folgt geändert:

a) An Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend."

b) An Absatz 7 a wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend."

c) An Absatz 7 b wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an ist der nach § 257 Abs. 2 a Satz 2 für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet zu errechnende durchschnittliche Höchstbeitrag anzuwenden."

171. § 313 Abs. 10 wird wie folgt geändert:
a) Buchstabe a erhält folgende Fassung:
"a) Der Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265, für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen nach § 265 a, der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebung nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen. Bei der Anwendung der §§ 265 bis 267 dürfen nur beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder und Aufwendungen für Versicherte berücksichtigt werden, die einer Krankenkasse mit Sitz im Beitrittsgebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären."

b) Folgender Buchstabe b wird eingefügt:
"b) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 ist für Versicherte im Land Berlin abweichend von Buchstabe a nach den für das bisherige Bundesgebiet geltenden Regelungen durchzuführen. Für versicherte Mitglieder in dem Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bis zum Inkrafttreten des Einigungsvertrages nicht galt, gilt als beitragspflichtige Einnahmen nach § 266 Abs. 3 das einfache arithmetische Mittel zwischen den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der in diesem Teil des Landes Berlin versicherten Mitglieder und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller im Land Berlin versicherten Mitglieder der Krankenkasse."

c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

Artikel 2

Zweite Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, zuletzt geändert durch Artikel 1 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat."

2. § 93 wird gestrichen.

3. § 147 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

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

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist."

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. In § 28 i Abs. 1 wird Satz 2 und 3 wie folgt gefaßt:
"Für Beschäftigte, die bei keiner Krankenkasse versichert sind, werden Beiträge zur Rentenversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit an die Einzugsstelle gezahlt, die der Arbeitgeber in entsprechender Anwendung des § 175 Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt hat. Zuständige Einzugsstelle ist in den Fällen des § 28 f Abs. 2 die nach § 175 Abs. 3 Satz 3 bestimmte Krankenkasse."

2. In § 31 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Bei den in § 35 a Abs. 1 genannten Krankenkassen wird abweichend von Absatz 1 ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. § 31 Abs. 1 Satz 2 gilt für diese Krankenkassen nicht."

3. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Vertreterversammlung, Verwaltungsrat".

b) Es wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für den Verwaltungsrat nach § 31 Abs. 3 a. Soweit das Sozialgesetzbuch Bestimmungen über die Vertreterversammlung oder deren Vorsitzenden trifft, gelten diese für den Verwaltungsrat oder dessen Vorsitzenden. Dem Verwaltungsrat oder dessen Vorsitzenden obliegen auch die Aufgaben des Vorstandes oder dessen Vorsitzenden nach § 37 Abs. 2, § 38 und nach dem Zweiten Titel. "

4. Nach § 35 wird folgender Paragraph eingefügt:
"§ 35 a
Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen
(1) Bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen verwaltet der Vorstand die Krankenkasse und vertritt die Krankenkasse gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Krankenkasse maßgebendes Recht nicht Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, daß auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Krankenkasse vertreten können. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.
(2) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über
1. die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
2. die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.
Außerdem ist dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

(3) Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.
(4) Der Vorstand besteht bei Krankenkassen mit bis zu 500 000 Mitgliedern aus höchstens zwei Personen, bei mehr als 500 000 Mitgliedern aus höchstens drei Personen. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. § 37 Abs. 2 gilt entsprechend. Besteht der Vorstand nur aus einer Person, hat der Verwaltungsrat einen leitenden Beschäftigten der Krankenkasse mit dessen Stellvertretung zu beauftragen.
(5) Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Bei Betriebskrankenkassen bleibt § 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unberührt; bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen, so bedarf die Bestellung der Mitglieder des Vorstandes der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat. Stimmt der Verwaltungsrat nicht zu und bestellt der Arbeitgeber keine anderen Mitglieder des Vorstandes, die die Zustimmung finden, werden die Aufgaben der Vorstandsmitglieder auf Kosten der Betriebskrankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder durch Beauftragte der Aufsichtsbehörde einstweilen wahrgenommen.

(6) Der Verwaltungsrat hat bei seiner Wahl darauf zu achten, daß die Mitglieder des Vorstands die erforderliche fachliche Eignung zur Führung der Verwaltungsgeschäfte besitzen auf Grund einer Fort- oder Weiterbildung im Krankenkassendienst oder einer **Fachhochschul- oder Hochschulausbildung** sowie in beiden Fällen zusätzlich auf Grund mehrjähriger Berufserfahrung in herausgehobenen Führungsfunktionen.

(7) Für eine Amtsenthebung und eine Amtsentbindung eines Mitglieds des Vorstands durch den Verwaltungsrat gilt § 59 Abs. 2 und 3 entsprechend. Gründe für eine Amtsenthebung oder eine Amtsentbindung sind auch Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung oder Vertrauensentzug durch den Verwaltungsrat, es sei denn, daß das Vertrauen aus offenbar unsachlichen Gründen entzogen worden ist."

5. § 36 Abs. 2 Satz 2 und 3 wird gestrichen.

6. § 43 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vertreterversammlung hat höchstens sechzig Mitglieder; der Verwaltungsrat der in § 35 a Abs. 1 genannten Krankenkassen hat höchstens dreißig Mitglieder."

b) Satz 3 wird gestrichen.

7. Dem § 44 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die Zusammensetzung des Verwaltungsrates bei den Krankenkassen nach § 35 a kann von dem jeweiligen Spitzenverband innerhalb seiner Kassenart in seiner Satzung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder von der folgenden Amtsperiode an abweichend von den Absätzen 1 und 2 geregelt werden. Der Verwaltungsrat muß mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen."

8. § 89 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist."

Artikel 4
Änderung des
Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 32 Abs. 1 Satz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzs vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) geändert wurde, wird wie folgt gefaßt:
"Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 39 Abs. 4 und § 310 Abs. 1 des Fünften Buches ergebenden Betrag."

Artikel 5

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 357 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 358

Verträge mit Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen sollen (§§ 349, 354 Abs. 1), dürfen ab dem 1. Januar 1993 nicht mehr abgeschlossen werden, es sei denn, der Angestellte unterstand am 31. Dezember 1992 bereits einer Dienstordnung."

2. In § 413 Abs. 2 Satz 1 wird die Angabe „357" durch die Angabe „358" ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

In § 29 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind und" durch die Worte

„Für

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind,

2. sonstige Mitglieder,

die" ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2 a bis 2 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

2. In § 6 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „zwölf" durch das Wort „vierundzwanzig" und das Wort „sechs" durch das Wort „zwölf" ersetzt.

3. § 20 wird gestrichen.

4. In § 25 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte „oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird" ersetzt durch die Worte „oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird" ersetzt.

5. § 38 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 220 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

6. In § 58 werden die Worte „und die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes" gestrichen.

Artikel 8

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Dem § 10 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch . . . geändert wurde, wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2 a bis 2 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

Artikel 9
Änderung
der Zulassungsverordnung für Kassenärzte

Die Zulassungsverordnung für Kassenärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230 - 25 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. **Die Bezeichnung "Zulassungsverordnung für Kassenärzte" wird durch die Bezeichnung "Zulassungsverordnung für Vertragsärzte" ersetzt.**

2. § 3 wird wie folgt gefaßt:

"§ 3

(1) Die Eintragung in das Arztregister ist bei der nach § 4 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.

(2) Voraussetzungen für die Eintragung sind
a) die Approbation als Arzt,
b) der erfolgreiche Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder der Nachweis einer Qualifikation, die gemäß § 95 a Abs. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt ist.

(3) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 2 Buchstabe b ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.

(4) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens dreijährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:
a) mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
b) mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
c) höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesen, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(5) 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 Weiterbildung nach Absatz 2 Buchstabe b bis zur Höchstdauer von insgesamt 18 Monaten angerechnet."

3. **In § 5 Abs. 2 wird das Wort "Kassenarztsitz" durch das Wort "Vertragsarztsitz" ersetzt.**

4. **In § 6 Abs. 2 wird nach dem Wort "Krankenkasse" das Wort "oder" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbandes der Krankenkassen" die Worte "oder der Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

5. **In § 9 Abs. 1 wird nach dem Wort "Krankenkassen" das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbände der Krankenkassen" die Worte "und die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

6. **In § 11 Abs. 1 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.**

7. **§ 12 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird jeweils das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.
b) In Absatz 3 wird jeweils das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" und das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.
c) In Absatz 4 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" und das Wort "Kassenarztsitzes" durch das Wort "Vertragsarztsitzes" ersetzt.

8. **In § 13 Absatz 5 Satz 1 wird das Wort "Bundesverbände" durch das Wort "Spitzenverbände" ersetzt.**

9. **In § 15 wird das Wort "Kassenärzten" durch das Wort "Vertragsärzten" und jeweils das Wort "Kassenarztsitze" durch das Wort "Vertragsarztsitze" ersetzt.**

10. § 16 b Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:
"(1) Der Landesausschuß hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Vertragsärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragsarzt angestellte ganztags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 1 und halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0.5 zu berücksichtigen.
(2) Stellt der Landesausschuß fest, daß eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des § 103 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zulassungsbeschränkungen anzuordnen."

11. § 16 c wird gestrichen.

12. **In § 17 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" und das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

13. **In § 18 Abs. 1 wird das Wort "Kassenarztsitz" durch das Wort "Vertragsarztsitz" ersetzt.**

14. **In § 19 Absatz 2 und 3 wird jeweils das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

15. **§ 20 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird das Wort "kassenärztlicher" durch das Wort "vertragsärztlicher" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "kassenärztlicher" durch das Wort "vertragsärztlicher", das Wort "Kassenarztes" durch das Wort "Vertragsarztes" und das Wort "Kassenarztsitz" durch das Wort "Vertragsarztsitz" ersetzt.

16. **§ 24 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenarztsitz" durch das Wort "Vertragsarztsitz" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" und jeweils das Wort "Kassenarztsitz" durch das Wort "Vertragsarztsitz" ersetzt.
c) In Absatz 3 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" ersetzt.
d) In Absatz 4 wird das Wort "Kassenarztes" durch das Wort "Vertragsarztes", das Wort "Kassenarztsitzes" durch das Wort "Vertragsarztsitzes" und das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.

17. **§ 26 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenarztes" durch das Wort "Vertragsarztes" und das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" ersetzt und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

18. **In § 27 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

19. **§ 28 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenarztes" durch das Wort "Vertragsarztes", das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" und das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbände der Krankenkassen" die Worte "und die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

20. **§ 31 wird wie folgt geändert:**
a) In den Absätzen 1, 2, 3, 8 und 9 wird jeweils das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.
b) In den Absätzen 2 und 5 wird jeweils das Wort "Bundesverbänden" durch das Wort "Spitzenverbänden" ersetzt.

21. **In § 31 a Abs. 1 wird das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

22. Abschnitt IX erhält folgende Überschrift: "Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Gemeinschaftspraxis".

23. **§ 32 wird wie folgt geändert:**
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) **In Satz 1 wird das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" und das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**
bb) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:
"Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen."
b) **In Absatz 2 und 4 werden jeweils das Wort "Kassenarzt" durch das Wort "Vertragsarzt" und das Wort "kassenärztlichen" durch das Wort "vertragsärztlichen" ersetzt.**

24. **In § 32 a wird das Wort "kassenärztliche" durch das Wort "vertragsärztliche" ersetzt.**

25. Nach § 32 a wird folgender Paragraph eingefügt:
"§ 32 b
(1) Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen. § 25 gilt für den angestellten Arzt entsprechend.
(2) Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 bis 4 und § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. § 21 gilt entsprechend.
(3) Der Vertragsarzt hat den angestellten Arzt zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.
(4) Über die angestellten Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis."

26. **§ 33 Abs. 2 wird wie folgt geändert:**
a) **In Satz 1 wird das Wort "kassenärztlicher" durch das Wort "vertragsärztlicher" und das Wort "Kassenärzten" durch das Wort "Vertragsärzten" ersetzt.**
b) **In Satz 2 werden nach dem Wort "Krankenkasse" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

27. **§ 34 wird wie folgt geändert:**
a) **In Absatz 2 werden jeweils nach den Worten "Landesverbänden der Krankenkassen" die Worte "und den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.**
b) **In Absatz 8 wird nach dem Wort "Vereinigung" das Wort "einerseits" und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie den Verbänden der Ersatzkassen andererseits" eingefügt.**

28. **In § 37 Abs. 2 wird das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "und die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

Artikel 10
Änderung der Zulassungsverordnung für Kasssenzahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230 - 26 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. **Die Bezeichnung "Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte" wird durch die Bezeichnung "Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte" ersetzt.**

2. **In § 5 Abs. 2 wird das Wort "Kassenzahnarztsitz" durch das Wort "Vertragszahnarztsitz" ersetzt.**

3. **In § 6 Abs. 2 wird nach dem Wort "Krankenkasse" das Wort "oder" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbandes der Krankenkassen" die Worte "oder der Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

4. **In § 9 Abs. 1 wird nach dem Wort "Krankenkassen" das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbände der Krankenkassen" die Worte "und die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

5. **In § 11 Abs. 1 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.**

6. § 12 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird jeweils das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.
b) In Absatz 3 wird jeweils das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" und das Wort "kassenzahnärztliche" durch das Wort "vertragszahnärztliche" ersetzt.
c) In Absatz 4 wird das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" und das Wort "Kassenzahnarztsitzes" durch das Wort "Vertragszahnarztsitzes" ersetzt.

7. In § 13 Absatz 5 Satz 1 wird das Wort "Bundesverbände" durch das Wort "Spitzenverbände" ersetzt.

8. In § 15 wird das Wort "Kassenzahnärzten" durch das Wort "Vertragszahnärzten" und jeweils das Wort "Kassenzahnarztsitze" durch das Wort "Vertragszahnarztsitze" ersetzt.

9. § 16 b Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:
"(1) Der Landesausschuß hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine zahnärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Vertragszahnärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragszahnarzt angestellte ganztags beschäftigte Zahnärzte mit dem Faktor 1 und halbtags beschäftigte Zahnärzte mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen.
(2) Stellt der Landesausschuß fest, daß eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des § 103 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zulassungsbeschränkungen anzuordnen."

10. § 16 c wird gestrichen.

11. In § 17 wird das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" und das Wort "kassenzahnärztliche" durch das Wort "vertragszahnärztliche" ersetzt.

12. In § 18 Abs. 1 wird das Wort "Kassenzahnarztsitz" durch das Wort "Vertragszahnarztsitz" ersetzt.

13. In § 19 Absatz 2 und 3 wird jeweils das Wort "kassenzahnärztliche" durch das Wort "vertragszahnärztliche" ersetzt.

14. § 20 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird das Wort "kassenzahnärztlicher" durch das Wort "vertragszahnärztlicher" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "kassenzahnärztlicher" durch das Wort "vertragszahnärztlicher", das Wort "Kassenzahnarztes" durch das Wort "Vertragszahnarztes" und das Wort "Kassenzahnarztsitz" durch das Wort "Vertragszahnarztsitz" ersetzt.

15. § 24 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenzahnarztsitz" durch das Wort "Vertragszahnarztsitz" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" und jeweils das Wort "Kassenzahnarztsitz" durch das Wort "Vertragszahnarztsitz" ersetzt.
c) In Absatz 3 wird das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" ersetzt.
d) In Absatz 4 wird das Wort "Kassenzahnarztes" durch das Wort "Vertragszahnarztes", das Wort "Kassenzahnarztsitzes" durch das Wort "Vertragszahnarztsitzes" und das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.

16. § 26 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenzahnarztes" durch das Wort "Vertragszahnarztes" und das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.
b) In Absatz 2 wird das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" ersetzt und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

17. In § 27 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

18. § 28 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenzahnarztes" durch das Wort "Vertragszahnarztes", das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" und das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten "Landesverbände der Krankenkassen" die Worte "und die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

19. **§ 31 wird wie folgt geändert:**
a) In den Absätzen 1, 2, 3, 8 und 9 wird jeweils das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.
b) In den Absätzen 2 und 5 wird jeweils das Wort "Bundesverbänden " durch das Wort "Spitzenverbänden" ersetzt.

20. **In § 31 a Abs. 1 wird das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.**

21. Abschnitt IX erhält folgende Überschrift: "Vertreter, Assistenten, angestellte Zahnärzte und Gemeinschaftspraxis".

22. **§ 32 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird jeweils das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" und das Wort "kassenzahnärztliche" durch das Wort "vertragszahnärztliche" ersetzt und folgender Satz 5 angefügt:
"§ 3 Abs. 4 gilt."
b) In Absatz 2 und 4 wird jeweils das Wort "Kassenzahnarzt" durch das Wort "Vertragszahnarzt" und das Wort "kassenzahnärztlichen" durch das Wort "vertragszahnärztlichen" ersetzt.

23. **In § 32 a wird das Wort "kassenzahnärztliche" durch das Wort "vertragszahnärztliche" ersetzt.**

24. Nach § 32 a wird folgender Paragraph eingefügt:
"§ 32 b
(1) Der Vertragszahnarzt kann einen ganztags beschäftigten Zahnarzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Zahnärzte anstellen. **§ 3 Abs. 2 und 3** sowie § 25 gilt für den angestellten Zahnarzt entsprechend.
(2) Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 bis 4 und § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. § 21 gilt entsprechend.
(3) Der Vertragszahnarzt hat den angestellten Arzt zur Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten anzuhalten.
(4) Über die angestellten Zahnärzte führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis."

25. **§ 33 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 1 wird das Wort "Kassenzahnärzte" durch das Wort "Vertragszahnärzte" ersetzt.
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird das Wort "kassenzahnärztlicher" durch das Wort "vertragszahnärztlicher" und das Wort "Kassenzahnärzten" durch das Wort "Vertragszahnärzten" ersetzt.
bb) In Satz 2 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

26. **§ 34 wird wie folgt geändert:**
a) In Absatz 2 werden jeweils nach den Worten "Landesverbänden der Krankenkassen" die Worte "und den Verbänden der Ersatzkassen" eingefügt.
b) In Absatz 8 wird nach dem Wort "Vereinigung" das Wort "einerseits" und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "sowie den Verbänden der Ersatzkassen andererseits" eingefügt.

27. **In § 37 Abs. 2 wird das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "und die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.**

Artikel 11

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 4 wird der Punkt nach dem Wort „Krankenhauses" durch ein Komma ersetzt.

   b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer angefügt:

   „5. pflegesatzfähige Kosten

   die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist,".

2. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie

2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten."

3. In § 8 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben."

4. § 9 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „kleiner baulicher Maßnahmen" durch die Worte „kleine bauliche Maßnahmen" ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden."

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und wird wie folgt gefaßt:

„Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen."

5. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Im übrigen gilt § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

6. § 16 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,".

b) In Nummer 3 wird der Text in Klammern wie folgt gefaßt:
"(Kostenerstattung, Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben)".

c) Nummer 4 wird wie folgt gefaßt:

„4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,".

d) Nummer 5 wird wie folgt gefaßt:

„5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten,".

7. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im voraus zu bemessen. Sie müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten; dabei sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen, die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser und die Empfehlungen nach § 19 angemessen zu berücksichtigen. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus, Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen."

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:
"(1 a) In den Jahren 1993, 1994 und 1995 ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legen. Übersteigt in diesem Gesamtzeitraum die durchschnittliche Erhöhung der Vergütung nach dem Bundes-Angestelitentarifvertrag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichti-

gen Einnahmen nach Satz 1, ist der übersteigende Betrag der Personalkosten pflegesatzfähig. Mehreinnahmen der Krankenhäuser aus der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen und Mehrkosten auf Grund der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung, anderer nach dem 31. Dezember 1992 in Kraft tretender krankenhausspezifischer Rechtsvorschriften, einer Empfehlung nach § 19 Abs. 1 zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern sowie vom 1. Januar 1994 an Instandhaltungskosten nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet sind zu berücksichtigen. Die auf Grund der Sätze 1 bis 3 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 getroffene Regelung wird für diejenigen Krankenhäuser auf die Jahre 1993 und 1994 beschränkt, die vom 1. Januar 1995 an die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den auf Grund des Absatzes 2 a getroffenen Regelungen anwenden."

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

"(2 a) In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 sind Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen zu bestimmen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 ist **möglich**; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur **Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte** vereinbaren. **Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet.** Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. **Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses**, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden, sind Abteilungspflegesätze **als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen** vorzusehen."

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz wird nach dem Wort „Gesetz" das Wort „voll" eingefügt.

bb) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Jahren" die Worte „und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b," angefügt.

cc) Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils."

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze."

8. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen" ein Komma und die Worte „die Verbände der Ersatzkassen" eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort "hat" die Worte "auf Verlangen einer Vertragspartei" eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

"Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2; **die Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung ist anzustreben**."

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Pflegesätze" werden die Worte „oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3" eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Schiedsstelle kann zur Ermittlung der vergleichbaren Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 5 auch gesondert angerufen werden."

9. **In § 18 a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:**
"Ist für ein Land mehr als eine Schiedsstelle gebildet worden, bestimmen die Beteiligten nach Satz 1 die zuständige Schiedsstelle für mit landesweiter Geltung zu treffende Entscheidungen."

10. § 18 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz. Voraussetzung für eine Vereinbarung nach Satz 1 ist, daß aus der damit bewirkten Einsparung von Betriebskosten in einem Zeitraum von längstens sieben Jahren (Amortisationszeitraum) die Investitions- und Finanzierungskosten gedeckt sind sowie das Budget entlastet wird. Weicht die tatsächliche Entwicklung im Amortisationszeitraum von den der Vereinbarung zugrunde gelegten Berechnungsgrundlagen ab, wird dies im Pflegesatz nicht berücksichtigt, es sei denn, die Abweichung beruht auf Preisentwicklungen, die das Krankenhaus nicht beeinflussen konnte. Soweit erforderlich, ist durch einen unabhängigen Sachverständigen zu beurteilen, ob die Voraussetzungen nach Satz 2 gegeben sind. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei."

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Das Krankenhaus übermittelt den Investitionsvertrag der zuständigen Landesbehörde."

c) Absatz 3 wird gestrichen.

11. In § 20 Satz 2 wird nach dem Wort „Gesetz" das Wort „voll" eingefügt.

12. § 21 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet treten § 9 am 1. Januar 1994 und § 17 Abs. 5 Satz 1 am 1. Januar 1996 in Kraft. In dem genannten Gebiet gelten die §§ 22, 23, 24 und 26 bis zum 31. Dezember 1993 und § 25 bis zum 31. Dezember 1995."

13. § 25 wird wie folgt gefaßt:

„§ 25

Nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser

Krankenhäuser, deren Investitionskosten nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, erhalten von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare voll geförderte Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet."

14. **In § 28 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:**
"Dasselbe gilt für die Träger der nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung zugelassenen Einrichtungen."

Artikel 12

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 3 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1054), wird wie folgt geändert:

(1) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 wird die Bundespflegesatzverordnung wie folgt geändert, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist:

1. In der Inhaltsübersicht wird der Text „§ 4 Flexibles Budget" durch den Text „§ 4 Festes Budget" ersetzt.

2. In § 3 Abs. 1 werden die Nummern 1 und 2 wie folgt gefaßt:

   „1. einen Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) sowie Pflegesätze nach § 5 und Pflegesätze nach § 6 Abs. 4 (Sonderentgelte und Fallpauschalen), durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,

   2. Pflegesätze nach § 6 Abs. 3 (Sonderentgelte)."

3. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4

Festes Budget

(1) Die Budgets für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen, ausgehend von der Berechnungsgrundlage nach Absatz 2, nicht stärker erhöht werden als mit einer jährlichen Steigerung nach Maßgabe des Absatzes 3 (Budgetobergrenze). Soweit die Leistungen des Krankenhauses im Kalenderjahr 1992 nicht mit Sonderentgelten, Fallpauschalen und Abteilungspflegesätzen vergütet wurden, können diese für die Zeit vom 1. Januar 1993 an unter Einhaltung der Budgetobergrenze vereinbart werden.

(2) Die Berechnungsgrundlage wird wie folgt ermittelt:

1. Das für das Kalenderjahr 1992 geltende Budget wird um folgende, darin berücksichtigte Beträge bereinigt:
   a) die Ausgleiche und Berichtigungen für Pflegesatzzeiträume vor dem 1. Januar 1992,
   b) die Kosten für gesondert vereinbarte Instandhaltungsmaßnahmen, soweit deren Finanzierung abgeschlossen ist.

2. Der sich nach Nummer 1 ergebende Budgetbetrag wird nach § 4 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung um folgende Beträge an die im Kalenderjahr 1992 tatsächlich eingetretene Entwicklung angepaßt:
   a) den Mehr- oder Mindererlös, der dem Krankenhaus nach Vornahme des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 1 verbleibt,
   b) die Ausgleiche und Berichtigungen nach § 4 Abs. 2 und 3.

3. Der sich nach Nummern 1 und 2 ergebende Betrag wird erhöht um die Kosten der für das Jahr 1992 erstmals vereinbarten Personalstellen, soweit diese nicht ganzjährig in dem für das Kalenderjahr 1992 geltenden Budget berücksichtigt sind.

4. Für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet ist das Budget für das Kalenderjahr 1992 auf Antrag einer Vertragspartei neu zu vereinbaren, soweit die der Kalkulation des Budgets zugrunde gelegten Annahmen offensichtlich unrichtig sind. Als Budget für das Kalenderjahr 1992 gilt bei vom Kalenderjahr abweichenden Pflegesatzzeiträumen die Summe der dem Kalenderjahr 1992 zuzurechnenden Budgetanteile. Für Krankenhäuser, die nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes erstmals in Betrieb genommen werden und diesen nach dem 31. Dezember 1991 noch nicht in vollem Umfang aufgenommen haben, tritt an die Stelle des Budgets des Kalenderjahres 1992 das für dasjenige Kalenderjahr geltende Budget, in dem erstmals ganzjährig der volle Leistungsumfang des Krankenhauses berücksichtigt ist. Satz 7 gilt entsprechend für Teile eines Krankenhauses.

(3) Die Budgetobergrenze wird je Kalenderjahr wie folgt ermittelt:

1. Die Berechnungsgrundlage nach Absatz 2 wird jährlich um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 270 und § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erhöht. Die Veränderungsrate wird für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt ermittelt.

2. Folgende Beträge sind von der nach Nummer 1 erhöhten Berechnungsgrundlage abzuziehen oder ihr hinzuzurechnen:

   a) der Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a, vermindert um den im Kalenderjahr 1992 dafür im Budget berücksichtigten Kostenabzug,

b) die im Pflegesatzzeitraum auf Grund der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung und einer Empfehlung nach § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern eintretenden Kostenänderungen gegenüber dem Kalenderjahr 1992; dies gilt nicht, soweit die Kosten den Leistungen des Krankenhauses zuzurechnen sind, die durch Fallpauschalen vergütet werden,

c) die Mehrkosten auf Grund von krankenhausspezifischen Rechtsvorschriften, die nach dem 31. Dezember 1992 in Kraft treten,

d) für die Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 1994 an die Instandhaltungskosten nach § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5,

e) die Entgelte für bisher nicht im Budget berücksichtigte Leistungsarten, die nach dem 31. Dezember 1992 nicht mehr durch Sonderentgelte nach § 6 vergütet werden,

f) Änderungen des Budgets, die infolge von Veränderungen des Leistungsangebots erforderlich sind, wenn diese Veränderungen nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes erfolgen und für das Krankenhaus rechtsverbindlich festgelegt sind.

(4) Das Budget wird unter Beachtung der in Absatz 3 genannten Vorgaben auf der Grundlage der voraussichtlichen Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) vereinbart. Dabei werden in vorhergehenden Pflegesatzzeiträumen eingetretene Unterdeckungen nicht ausgeglichen; Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus, es sei denn, es hat seinen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht erfüllt. Soweit das Krankenhaus seine Wirtschaftlichkeit erhöht hat, darf dies nicht budgetmindernd berücksichtigt werden. Das Budget soll entsprechend der Erhöhung der Budgetobergrenze fortgeschrieben werden, soweit für den Pflegesatzzeitraum nicht mit einer wesentlichen Verringerung der dadurch vergüteten Krankenhausleistungen zu rechnen ist; Verkürzungen der Verweildauer, auch infolge vermehrter teilstationärer Leistungen, bleiben dabei unberücksichtigt. Wird das Budget unterhalb der Budgetobergrenze vereinbart, kann die Budgetobergrenze in den folgenden Kalenderjahren ausgeschöpft werden, wenn sich die Krankenhausleistungen entsprechend ändern. Im Budget oder in Budgetanteilen für den Zeitraum des Kalenderjahres 1993 sind die Ausgleiche und Berichtigungen nach § 4 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung zu berücksichtigen. Bei der Beurteilung, ob die Budgetobergrenze eingehalten wird, bleiben die in das Budget einzurechnenden Ausgleiche und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz.

(5) Weicht bei ordnungsgemäßer Rechnungsstellung die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 und den Sonderentgelten und Fallpauschalen nach § 6 Abs. 4 von dem vereinbarten Budget ab, werden die entstandenen Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen (festes Budget). In die Ermittlung und den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren (§§ 115 a und 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) einzubeziehen, soweit die Kosten entsprechender Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 3 und 4 nicht bereits bei der Ermittlung des Budgets für 1992 abgezogen worden sind. Der Ausgleichsbetrag ist so früh wie möglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen; die Verrechnung von Teilbeträgen ist möglich.

(6) Werden für das Kalenderjahr 1992 erstmals vereinbarte Personalstellen in den Kalenderjahren 1993, 1994 und 1995 ganz oder teilweise nicht besetzt und sind dem Krankenhaus deshalb geringere Personalkosten als vorauskalkuliert entstanden, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zu erstatten. § 11 Abs. 3 der Pflege-Personalregelung und § 10 Abs. 4 der Psychiatrie-Personalverordnung bleiben unberührt. Für den jeweiligen Berichtigungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

(7) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Wird der Vereinbarung des Budgets die voraussichtliche Veränderungsrate nach Absatz 3 Nr. 1 zugrunde gelegt und weicht die nach § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellte Veränderungsrate davon ab, ist das Budget entsprechend zu berichtigen. Wird eine geringere Erhöhung vereinbart als nach Absatz 3 Nr. 1 zulässig ist, gilt Satz 2 entsprechend bei nicht zutreffend geschätzten Änderungen der Personalkosten auf Grund von Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, soweit die nach Absatz 3 Nr. 1 zulässige Erhöhung, die sich unter Zugrundelegung der nach § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten Veränderungsrate ergibt, nicht überschritten wird. Für den jeweiligen Berichtigungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend. An Stelle der Berichtigungen nach Sätzen 2 und 3 können die Vertragsparteien für die bezeichneten Risiken im voraus einen angemessenen Wagniszuschlag vereinbaren.

(8) Weicht der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegte voraussichtliche Unterschiedsbetrag nach Absatz 3 Nr. 2 Buchstabe a von dem Unterschiedsbetrag ab, der sich unter Berücksichtigung der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a ergibt, ist das Budget entsprechend zu berichtigen. Für den Berichtigungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

(9) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren, soweit die Budgetobergrenze dadurch nicht überschritten wird. Satz 1 gilt nicht bei Verkürzungen der Verweildauer. Soweit ein Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget nicht über die Pflegesätze des laufenden Pflegesatzzeitraums verrechnet werden kann, gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

(10) Übersteigt ein bis zum 31. Dezember 1992 rechtswirksam gewordenes Budget, das ganz oder teilweise für einen Zeitraum nach dem 31. Dezember 1992 gilt, den nach den Absätzen 1 bis 4 zulässigen Budgetbetrag, ist es mit Wirkung vom 1. Januar 1993 um den übersteigenden Betrag zu kürzen."

4. In § 5 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Zur Ermittlung des Pflegesatzes sind die vorauskalkulierten Erlöse aus den Sonderentgelten und Fallpauschalen nach § 6 Abs. 4 vom Budget abzuziehen. Das gleiche gilt für die Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren (§§ 115 a und 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), soweit die Kosten entsprechender Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 3 und 4 nicht bereits bei der Ermittlung des Budgets für 1992 abgezogen worden sind."

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Sonderentgelte und Fallpauschalen".

b) In Absatz 1 werden die Worte „außerhalb des Budgets" gestrichen.

c) Folgende Absätze werden angefügt:

"(3) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen außerhalb des Budgets nur für diejenigen Leistungsarten Sonderentgelte vereinbart werden, die bereits im Kalenderjahr 1992 mit Sonderentgelten vergütet wurden. Die für das Kalenderjahr 1992 geltende Höhe der Vergütung, jeweils bereinigt um den darin enthaltenen Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen, darf in dem in Satz 1 genannten Zeitraum um keinen höheren Vomhundertsatz steigen als die Budgetobergrenze nach § 4 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 1. Bei nicht zutreffend geschätzten Annahmen gilt § 4 Abs. 7 Satz 2 und 3 entsprechend; der Ausgleichsbetrag ist nach **§ 4 Abs. 5 Satz 3** über das Budget zu verrechnen.

(4) Für die Zeit vom 1. Januar 1993 an können Sonderentgelte und Fallpauschalen innerhalb des Budgets vereinbart werden. Der Landespflegesatzausschuß kann Empfehlungen zur Höhe der Vergütung geben. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Bei der Vereinbarung ist die Leistungs- und Kostenabgrenzung nach Teil K 6.1 des Kosten- und Leistungsnachweises zu berücksichtigen."

6. In § 11 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

"(3 a) Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag **oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit**, ist der Arzt abweichend von Absatz 3 verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 a in den Jahren 1993, 1994 und 1995 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten."

7. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 wird die Verweisung "§ 4 Abs. 2 Satz 5" durch die Verweisung "§ 4 Abs. 7 Satz 5" ersetzt.

b) In Absatz 3 wird nach Nummer 6 folgende Nummer eingefügt:

"6 a. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 bei Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3 a in den Jahren 1993, 1994 und 1995

a) 60 vom Hundert von 85 vom Hundert des für diese Leistungen zwischen dem Krankenhausträger und dem Arzt vereinbarten **oder auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften zu entrichtenden** Gesamtbetrages für **das Nutzungsentgelt (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben)** sowie

b) 10 vom Hundert der auf die wahlärztlichen Leistungen vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 2 Buchstabe a der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 7 Satz 2 Buchstabe a der Gebührenordnung für Zahnärzte entfallenden Gebühren,".

c) In Absatz 4 wird die Verweisung "§ 6" durch die Verweisung "§ 6 Abs. 3" ersetzt.

8. § 17 Satz 2 erster Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung der Kann-Vorschriften in § 4 Abs. 7 Satz 5, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1 und 4, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 1 Satz 2, § 16 Abs. 7 und § 21;".

9. In § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Er kann auch Empfehlungen zur Berücksichtigung des Erlösabzugs nach § 5 Abs. 1 Satz 2 und 3 im Kosten- und Leistungsnachweis geben."

10. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

"(2) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen außerhalb des Budgets nur für diejenigen Leistungsarten Fallpauschalen vereinbart werden, die bereits im Kalenderjahr 1992 mit Fallpauschalen vergütet worden sind. Die für das Kalenderjahr 1992 geltende Höhe der Vergütung, jeweils bereinigt um den darin enthaltenen Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen, darf in dem in Satz 1 genannten Zeitraum um keinen höheren Vomhundertsatz steigen als die Budgetobergrenze nach § 4 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 1. Bei nicht zutreffend geschätzten Annahmen gilt § 4 Abs. 7 Satz 2 und 3 entsprechend; der Ausgleichsbetrag ist nach § 4 Abs. 5 Satz 3 über das Budget zu verrechnen. Für die Vergütung der nicht über Fallpauschalen vergüteten allgemeinen Krankenhausleistungen gilt § 4 entsprechend."

11. Die Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung wird wie folgt geändert:

a) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 1 die Verweisung „§ 4 Abs. 1 Satz 1" durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4 Satz 1" ersetzt.

b) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 3 die Verweisung „§ 4 Abs. 1 und 2" durch die Verweisung „§ 4 Abs. 5 und 7" ersetzt.

c) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 8 die Verweisung „§ 4 Abs. 4" durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4 Satz 2" ersetzt.

d) In Blatt K 3 wird nach der laufenden Nummer 15 eingefügt:

„15 a Wahlärztliche Leistungen (§ 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a)".

e) In Blatt K 4 Teil K 4.1 werden die laufenden Nummern 4 bis 7 wie folgt gefaßt:

„4 Ausgleich nach § 4 Abs. 5
5 Erstattung nach § 4 Abs. 6
6 Berichtigung nach § 4 Abs. 7 Satz 1 bis 4
7 Wagniszuschlag nach § 4 Abs. 7 Satz 5".

f) In Blatt K 5 Teil K 5.2 wird die laufende Nummer 7 wie folgt geändert:

aa) Spalte 1 wird wie folgt gefaßt:

„Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag)".

bb) Spalte 3 wird wie folgt gefaßt:

„—0,05".

g) In Blatt K 6 Teil K 6.3 wird die laufende Nummer 2 in Spalte 3 wie folgt gefaßt:

„—0,05".

12. In der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung wird in Blatt Z 5 Teil Z 5.1 laufende Nummer 7 die Verweisung „§ 4 Abs. 1" durch die Verweisung „§ 4 Abs. 5" ersetzt.

13. Im Anhang 2 zum Kosten- und Leistungsnachweis wird in Fußnote 1 die Verweisung „§ 4 Abs. 1" durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4" ersetzt.

(2) Für die Krankenhäuser, die vom 1. Januar 1995 an die auf Grund des § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, gilt Absatz 1 mit Ausnahme von Nr. 6 und Nr. 7 Buchstabe b nur für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993 und 1994.

(3) Im übrigen wird die Bundespflegesatzverordnung wie folgt geändert:

1. Nach § 4 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 4 a

Ausgleich nach § 17 Abs. 1 a Satz 2 KHG

Übersteigt in dem Gesamtzeitraum der Jahre 1993, 1994 und 1995 die durchschnittliche lineare Erhöhung der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 17 Abs. 1 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ist der sich aus der Vergleichsrechnung beider Entwicklungen in diesem Zeitraum für das Krankenhaus ergebende Unterschiedsbetrag der Personalkosten dem Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums hinzuzurechnen. Eine frühere Berücksichtigung von Teilbeträgen ist möglich. Für die Krankenhäuser, die vom 1. Januar 1995 an die auf Grund des § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, ist die durchschnittliche lineare Erhöhung nach Satz 1 in den Jahren 1993 und 1994 maßgebend."

2. § 5 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Soweit die nach Absatz 1 oder 2 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind Pflegesätze zu vereinbaren, die den Grundsatz des Vorrangs der teilstationären Behandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) fördern."

3. § 7 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach den Worten „ihrer Leistungen" die Worte „im Rahmen der stationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)" eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine private Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte private Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhausträger umgehend die zur Ermittlung der nach § 11 Abs. 3 oder 3 a zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhausträger die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhausträger durchgeführt, leitet dieser die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 11 Abs. 3 oder 3 a zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an eine beauftragte Abrechnungsstelle darf nur mit Einwilligung der jeweils betroffenen Patienten erfolgen."

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 7.

4. § 8 wird wie folgt gefaßt:

„§ 8

Belegarztabschlag

Der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist für Patienten mit belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 um 5 vom Hundert zu ermäßigen (Belegarztabschlag). Dies gilt nicht für Krankenhäuser, in denen die ärztliche Versorgung der Patienten ausschließlich aus belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 besteht."

5. In § 9 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „Pflegesatzabschläge sind" durch die Worte „Ein Belegarztabschlag ist" ersetzt.

6. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Absatz 3 a nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten."

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

"(3 a) Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag **oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit,** ist der Arzt abweichend von Absatz 3 verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 a nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten."

7. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Selbstkosten des Krankenhauses sind die gemäß § 2 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes pflegesatzfähigen Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen."

bb) In Satz 2 werden die Worte „Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu" durch die Worte „Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören" ersetzt.

cc) In Satz 2 Nr. 4 wird angefügt:

„einschließlich der Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,".

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 6 wird wie folgt gefaßt:

"6. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 bei Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3 **oder bei wahlärztlichen Leistungen, die das Krankenhaus in Rechnung stellt,**

a) für die in den Abschnitten A, E, M, O und Q des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen 40 vom Hundert und

b) für die in den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte genannten Leistungen 20 vom Hundert

der jeweils auf diese vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte oder § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte entfallenden Gebühren; für nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte und nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete Gebühren ist dem Kostenabzug der Vomhundertsatz zugrunde zu legen, der für die als gleichwertig herangezogene Leistung des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte gilt; **abweichend davon sind dem Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen, die das Krankenhaus in den Jahren 1993, 1994 und 1995 in Rechnung stellt, die Hälfte der in den Buchstaben a und b bezeichneten Vomhundertsätze, mindestens jedoch die im letzten Pflegesatzzeitraum vor dem 1. Januar 1993 für wahlärztliche Leistungen abgezogenen Kosten zugrunde zu legen,".**

bb) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer eingefügt:

"6a. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 bei Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3 a 85 vom Hundert des für diese Leistungen zwischen dem Krankenhausträger und dem Arzt vereinbarten **oder auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften zu entrichtenden** Gesamtbetrages für **das Nutzungsentgelt (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben),".**

8. Dem § 14 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Für Krankenhäuser, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden, gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend."

9. In § 16 Abs. 4 werden nach dem Wort „Krankenhausträger" die Worte „auf Verlangen" eingefügt.

Artikel 13

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Regelung gilt für Krankenhäuser, soweit auf diese Krankenhäuser die Pflegesatzvorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und die Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden. Sie regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für den Pflegedienst mit Ausnahme der Pflege in Intensiveinheiten, in Dialyseeinheiten und in der Psychiatrie.

(2) Soweit Krankenhäuser ihre Leistungen über Fallpauschalen abrechnen, gelten die Vorschriften dieser Regelung nicht.

(3) Ziel dieser Regelung ist, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege der stationär oder teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen.

§ 2

Pflegesatzvereinbarung

Für die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) werden durch diese Regelung die Maßstäbe und Grundsätze für die Personalbemessung im Pflegedienst bestimmt.

§ 3

Grundsätze

(1) Die Zahl der Personalstellen für den Regeldienst wird auf der Grundlage folgender Minutenwerte ermittelt:

1. Pflegegrundwerte nach § 6 Abs. 1 und § 10 Abs. 1,
2. Werte nach § 6 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 für die Patientengruppen,
3. Fallwerte nach § 6 Abs. 3 und § 10 Abs. 3,
4. Wert nach § 6 Abs. 4 für gesunde Neugeborene sowie
5. Werte nach § 6 Abs. 5 für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

(2) Der Regeldienst im Sinne des Absatzes 1 umfaßt alle pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst und von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 gelten für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes.

(4) Die Zahl der Personalstellen nach §§ 7 und 10 Abs. 4 ist von den Parteien abweichend zu vereinbaren, wenn dies auf Grund besonderer Verhältnisse des Krankenhauses zur Sicherung seiner Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer Abweichung ist in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung zu begründen.

ZWEITER ABSCHNITT

Krankenpflege für Erwachsene

§ 4

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 1 den Pflegestufen A 1 bis A 3 und gemäß Anlage 2 den Pflegestufen S 1 bis S 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet:

Allgemeine Pflege	Spezielle Pflege
A 1 Grundleistungen	S 1 Grundleistungen
A 2 Erweiterte Leistungen	S 2 Erweiterte Leistungen
A 3 Besondere Leistungen	S 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Spezielle Pflege / Allgemeine Pflege	A 1 Grund-leistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
S 1 Grundleistungen	A 1/S 1	A 2/S 1	A 3/S 1
S 2 Erweiterte Leistungen	A 1/S 2	A 2/S 2	A 3/S 2
S 3 Besondere Leistungen	A 1/S 3	A 2/S 3	A 3/S 3

§ 5

Vereinbarungen der Vertragsparteien

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den nächsten Pflegesatzzeitraum die voraussichtliche durchschnittliche Zahl je Tag der

1. insgesamt zu behandelnden Patienten,
2. Patienten in den einzelnen Patientengruppen auf der Grundlage der Ergebnisse der Zuordnung nach § 4 Abs. 2,
3. Krankenhausaufnahmen,
4. gesunden Neugeborenen und
5. tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

Bei der Vereinbarung der Zahlen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 ist die durchschnittliche Belegung des Krankenhauses und deren Entwicklung im nächsten Pflegesatzzeitraum zu berücksichtigen.

(2) Die Krankenhäuser haben die Zuordnung auf den Patienten-Erhebungsbögen zu dokumentieren und sie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen jeweils nach Ablauf eines Kalendervierteljahres zu übersenden; hierfür stellt die Arbeitsgemeinschaft den Krankenhäusern Erhebungsformulare gemäß Anlage 5 zur Verfügung. Der Datenaustausch kann in gegenseitigem Einvernehmen auf beleglosen Datenträgern erfolgen.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft kann die Schlüssigkeit der Zuordnung der Patienten zu den Pflegestufen prüfen und einen Vergleich der Krankenhäuser untereinander vornehmen. Sie wertet die Patienten-Erhebungsbögen **zu diesem Zweck** aus und teilt das Ergebnis den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Pflegesatzverhandlungen spätestens sechs Wochen nach Eingang der Erhebungsbögen mit; darüber hinaus teilt sie den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Ergebnis der Zuordnung für die Bundesrepublik Deutschland und für die Bundesländer mit.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Patienten-Erhebungsbögen, bei belegloser Datenübermittlung die entsprechenden Datenträger, nach deren Auswertung unverzüglich zu vernichten; soweit eine Überprüfung gemäß Absatz 3 Satz 1 beabsichtigt ist, wird die Vernichtung bis zum Abschluß der Prüfung zurückgestellt. Die Krankenhäuser haben die Anlage 5 nach Eingang der Auswertung zu anonymisieren. Personenbezogene Daten dürfen nur für den in § 1 Abs. 1 Satz 2 genannten Zweck verwendet werden.

(5) Die Vertragsparteien schließen nach § 16 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung Rahmenvereinbarungen, die das Nähere regeln.

§ 6

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 30 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 4 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
A 1/S 1	52	A 2/S 1	98	A 3/S 1	179
A 1/S 2	62	A 2/S 2	108	A 3/S 2	189
A 1/S 3	88	A 2/S 3	134	A 3/S 3	215

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zugrunde gelegt.

(4) Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt.

(5) Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte nach Absatz 1 und 2 und der volle Minutenwert nach Absatz 3.

§ 7

Ermittlung der Personalstellen

Die Personalstellen für ein Krankenhaus werden ermittelt, indem

1. der Pflegegrundwert nach § 6 Abs. 1 mit der Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 vervielfacht wird,

2. die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 6 Abs. 2 mit der entsprechenden Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 vervielfacht werden,
3. der Minutenwert nach § 6 Abs. 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 vervielfacht wird,
4. der Minutenwert nach § 6 Abs. 4 mit der Zahl der gesunden Neugeborenen nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 vervielfacht wird und
5. die Minutenwerte nach § 6 Abs. 5 mit der Zahl der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und der Stundenfälle innerhalb eines Tages nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 vervielfacht werden.

Die sich aus den Minutenwerten der Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Personalstellen umzurechnen. Die Höhe der Ausfallzeiten wird von den Vertragsparteien unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

§ 8

Leitende Krankenpflegepersonen

Unabhängig von der Stelle für die Leitung des Pflegedienstes erhält das Krankenhaus anteilig über die nach § 7 ermittelten Personalstellen hinaus für jeweils 80 Beschäftigte im Pflegedienst einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene.

DRITTER ABSCHNITT

Kinderkrankenpflege

§ 9

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenschwestern und -pflegern werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 3 den Pflegestufen KA 1 bis KA 3, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J) und gemäß Anlage 4 den Pflegestufen KS 1 bis KS 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zugeordnet:

Allgemeine Pflege	F	K	J	Spezielle Pflege
KA 1 Grundleistungen				KS 1 Grundleistungen
KA 2 Erweiterte Leistungen				KS 2 Erweiterte Leistungen
KA 3 Besondere Leistungen				KS 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Spezielle Pflege / Allgemeine Pflege	KA 1 Grund-leistungen	KA 2 Erweiterte Leistungen	KA 3 Besondere Leistungen
KS 1 Grundleistungen	KA 1-F / KS 1 KA 1-K / KS 1 KA 1-J / KS 1	KA 2-F / KS 1 KA 2-K / KS 1 KA 2-J / KS 1	KA 3-F / KS 1 KA 3-K / KS 1 KA 3-J / KS 1
KS 2 Erweiterte Leistungen	KA 1-F / KS 2 KA 1-K / KS 2 KA 1-J / KS 2	KA 2-F / KS 2 KA 2-K / KS 2 KA 2-J / KS 2	KA 3-F / KS 2 KA 3-K / KS 2 KA 3-J / KS 2
KS 3 Besondere Leistungen	KA 1-F / KS 3 KA 1-K / KS 3 KA 1-J / KS 3	KA 2-F / KS 3 KA 2-K / KS 3 KA 2-J / KS 3	KA 3-F / KS 3 KA 3-K / KS 3 KA 3-J / KS 3

§ 5 gilt entsprechend.

§ 10

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 33 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 9 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
KA 1-F / KS 1	113	KA 2-F / KS 1	149	KA 3-F / KS 1	236
KA 1-K / KS 1	118	KA 2-K / KS 1	153	KA 3-K / KS 1	230
KA 1-J / KS 1	54	KA 2-J / KS 1	116	KA 3-J / KS 1	188
KA 1-F / KS 2	162	KA 2-F / KS 2	198	KA 3-F / KS 2	285
KA 1-K / KS 2	167	KA 2-K / KS 2	202	KA 3-K / KS 2	279
KA 1-J / KS 2	103	KA 2-J / KS 2	165	KA 3-J / KS 2	237
KA 1-F / KS 3	238	KA 2-F / KS 3	274	KA 3-F / KS 3	361
KA 1-K / KS 3	243	KA 2-K / KS 3	278	KA 3-K / KS 3	355
KA 1-J / KS 3	179	KA 2-J / KS 3	241	KA 3-J / KS 3	313

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 45 Minuten zugrunde gelegt.

(4) Für die Ermittlung der Personalstellen gelten § 6 Abs. 5, §§ 7 und 8 entsprechend.

VIERTER ABSCHNITT

Schlußvorschriften

§ 11

Übergangsvorschriften

(1) Die Personalbemessung nach dieser Regelung ist erstmals bei der auf den 1. Januar 1993 folgenden Pflegesatzverhandlung zugrunde zu legen. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist das Budget für einen im Jahr 1993 noch laufenden Pflegesatzzeitraum auf der Basis der vom Krankenhaus vorgelegten Zuordnung ohne das Verfahren nach § 5 Abs. 3 neu zu vereinbaren, sobald die Patientenzuordnung für ein Kalendervierteljahr vorliegt. Dabei ist eine nach dieser Regelung höhere Personalbemessung nur für die Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums zugrunde zu legen.

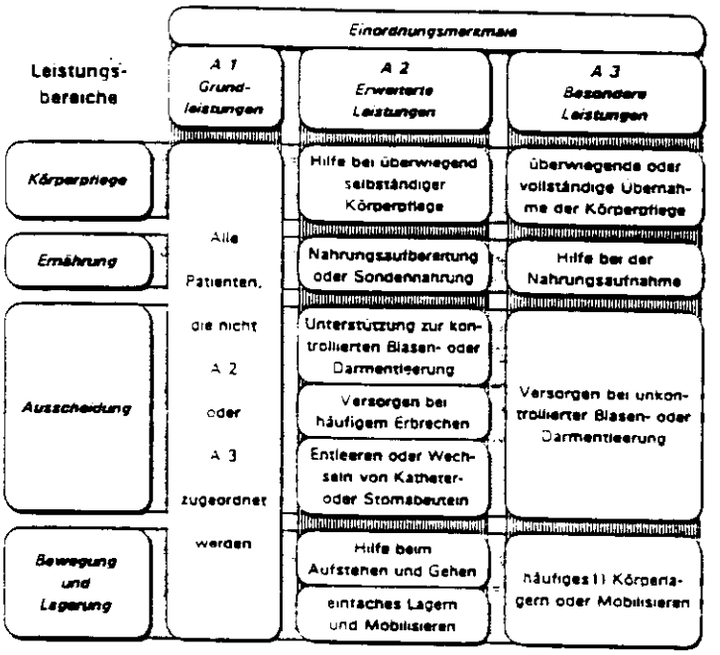
(2) Die Personalbemessung nach dieser Regelung wird in einem Übergangszeitraum vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1996 eingeführt. Soweit sie noch nicht erreicht ist, vereinbaren die Vertragsparteien im Rahmen jeder Pflegesatzvereinbarung eine jährliche, stufenweise Anpassung, bei der die Abweichung zwischen der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Personalbesetzung und der Personalbemessung nach dieser Regelung auf den verbleibenden Übergangszeitraum verteilt wird.

(3) Werden die nach Absatz 2 zusätzlich vereinbarten Personalstellen während des Pflegesatzzeitraums ganz oder teilweise nicht besetzt und sind dem Krankenhaus deshalb geringere Personalkosten als vorauskalkuliert entstanden, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zu erstatten. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen.

Anlage 1

Bereich „Allgemeine Pflege"
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen —

Pflegestufen



1) zwei- bis vierstündlich

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.

Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.

Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „A 2" muß mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „A 2" zu und ist ein zweites aus „A 3" gegeben, ist der Patient der Pflegestufe „A 2" zuzuordnen.

Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „A 3" ist der Patient dieser Pflegestufe zuzuordnen.

Stand: 30. Oktober 1992

Anlage 2

Bereich „Spezielle Pflege"
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen —

Pflegestufen

Leistungsbereiche	Einordnungsmerkmale S 1 Grundleistungen	S 2 Erweiterte Leistungen	S 3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit - Operationen - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitsphasen	Alle Patienten, die nicht S 2 oder S 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern1) 4 bis 6 mal innerhalb von 8 Stunden2)	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern1) fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
		aufwendiges Versorgen von Ableitungs- oder Absaugsystemen	
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen	fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
		bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		aufwendiger Verbandwechsel	mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

[1] Diese Parameter sind insbesondere: Puls, Blutdruck, Atmung, Bewußtseinslage, Temperatur, Nierenfunktion, Blutzucker.
[2] Das bedeutet nicht, daß die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen; es soll nur die Leistungsdichte beschrieben werden.

Zuordnungsregel:

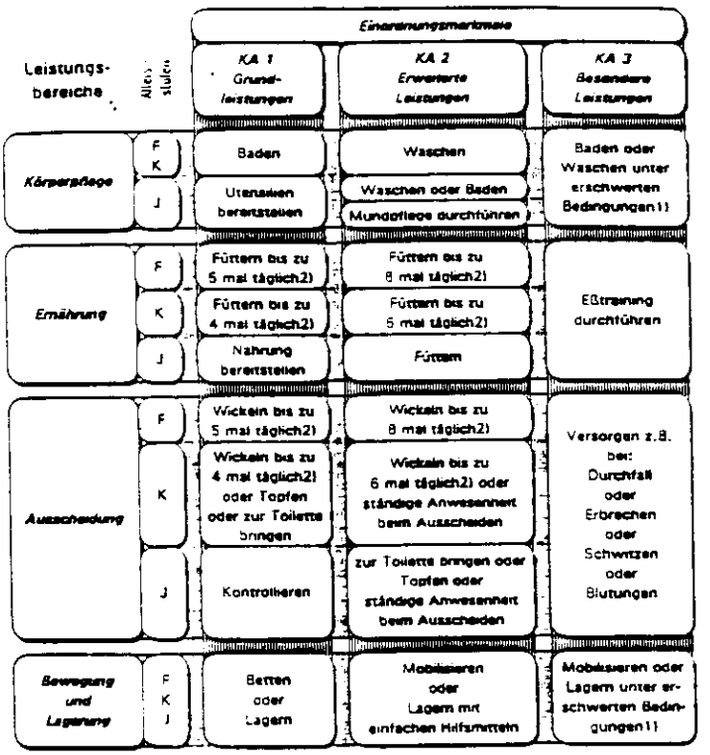
Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „S 2" muß mindestens ein Einordnungsmerkmal zutreffen.
Eine Zuordnung nach „S 3" erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „S 3" zutrifft.

Stand: 30. Oktober 1992

Anlage 3

Bereich „Allgemeine Pflege" (Kinderkrankenpflege)
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen KA 1, KA 2, KA 3 —

Pflegestufen



1) Dies sind insbesondere: Immobilität, zu- und ableitende Systeme, aufwendiges Monitoring, Sterilbedingungen, gesteigerte Abwehrhaltung.
2) Innerhalb von 24 Stunden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „KA 2" muß mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „KA 2" zu und ist ein zweites aus „KA 3" gegeben, ist der Patient der Pflegestufe „KA 2" zuzuordnen.
Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „KA 3" ist der Patient dieser Pflegestufe zuzuordnen.

Stand: 30. Oktober 1992

Anlage 4

Bereich „Spezielle Pflege" (Kinderkrankenpflege)
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen KS 1, KS 2, KS 3 —

Pflegestufen

Leistungsbereiche	KS 1 Grundleistungen	KS 2 Erweiterte Leistungen	KS 3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit - Operationen - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitszuständen - dauernder Bedrohung	Alle Patienten, die nicht KS 2 oder KS 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern[1] 4 bis 6 mal innerhalb von 8 Stunden[2]	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern[1] fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
		aufwendiges Versorgen von Ableitungs- oder Absaugsystemen	
		pflegespezifische physikalische Maßnahmen 3 bis 5 mal täglich	pflegespezifische physikalische Maßnahmen mehr als 5 mal täglich
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei einer Transfusion	fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
		bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	komplette parenterale Ernährung
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		aufwendiger Verbandwechsel	mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

[1] Diese Parameter sind insbesondere: Puls, Blutdruck, Atmung, Bewußtseinslage, Temperatur, Nierenfunktion, Blutzucker.
[2] Das bedeutet nicht, daß die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen; es soll nur die Leistungsdichte beschrieben werden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „KS 2" muß mindestens ein Einordnungsmerkmal zutreffen.
Eine Zuordnung nach „KS 3" erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „KS 3" zutrifft.

Stand: 30. Oktober 1992

Anlage 5

Patienten-Erhebungsbogen zur Pflege-Personalregelung

01 IK ☐☐☐☐☐☐☐☐ Akten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐

02 Vollstationäre Behandlung ja ☐ nein ☐ Blatt-Nr. ☐☐

03 Tagesklin. Behandl. u. Stundenfälle ja ☐ nein ☐ Aufn. Tag ☐☐☐☐☐☐

04 Aufnahme von außen ja ☐ nein ☐ Entl. Tag ☐☐☐☐☐☐

05

Erwachsener ☐	Früh./Neugeb./ Säugling ☐	Kleinkind ☐	Schulk./ Jugendlicher ☐	zusätzlich ges. Neugeborene ☐

06

0 bis 5 Jahre ☐	5 bis 15 Jahre ☐	15 bis 40 Jahre ☐	40 bis 65 Jahre ☐	65 bis 75 Jahre ☐	75 und mehr Jahre ☐

		1-3	1-3	Intensiv.			1-3	1-3	Intensiv.
07	Erhebungstag 1	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 15	A ☐	S ☐	I ☐
08	Erhebungstag 2	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 16	A ☐	S ☐	I ☐
09	Erhebungstag 3	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 17	A ☐	S ☐	I ☐
10	Erhebungstag 4	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 18	A ☐	S ☐	I ☐
11	Erhebungstag 5	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 19	A ☐	S ☐	I ☐
12	Erhebungstag 6	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 20	A ☐	S ☐	I ☐
13	Erhebungstag 7	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 21	A ☐	S ☐	I ☐
14	Erhebungstag 8	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 22	A ☐	S ☐	I ☐
15	Erhebungstag 9	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 23	A ☐	S ☐	I ☐
16	Erhebungstag 10	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 24	A ☐	S ☐	I ☐
17	Erhebungstag 11	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 25	A ☐	S ☐	I ☐
18	Erhebungstag 12	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 26	A ☐	S ☐	I ☐
19	Erhebungstag 13	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 27	A ☐	S ☐	I ☐
20	Erhebungstag 14	A ☐	S ☐	I ☐	Erhebungstag 28	A ☐	S ☐	I ☐

21 ICD-Schlüssel der Hauptdiagnose ☐☐☐

22 Innere Medizin ☐ Kinderheilkunde ☐ Chirurgie ☐ Orthopädie ☐ Urologie ☐

23 Mund-, Kiefer- u Gesichtschir. ☐ Neurochirurgie ☐ HNO ☐ Augenheilkunde ☐ Haut- u. Geschl. krankheiten ☐

24 Frauenheilkunde Geburtshilfe ☐ Radiologie ☐ Nuklearmedizin ☐ Neurologie ☐ Lungen- u. Bronchialheilkunde ☐

25 Geriatrie ☐ Sonstige Fachabteilung ☐ Ohne abgegr. Fachabteilung ☐

Maschinenlesbarer Erhebungsbogen nach DIN A 4, DIN 6 723, DIN 66 223, Schrift der Zeichenerkennung gemäß DIN 66 009

Artikel 14

Krankenhausinvestitionsprogramm für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet

(1) Zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet gewährt der Bund den Ländern zur Förderung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Jahren 1995 bis 2004 eine jährliche Finanzhilfe in Höhe von 700 Millionen Deutsche Mark. Die Finanzhilfen sind Bestandteil der für die Jahre ab 1995 zu vereinbarenden Gesamtlösung zur Sicherstellung der Finanzausstattung der neuen Länder. Sie bemessen sich für die Länder nach der Einwohnerzahl. Das Nähere wird durch eine Verwaltungsvereinbarung nach Art. 104 a Abs. 4 des Grundgesetzes geregelt. Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung bleiben unberührt.

(2) Zur Verwirklichung der Ziele nach Absatz 1 stellen die Länder im Einvernehmen mit den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten jährlich fortzuschreibende gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme auf. Die Mittel werden durch Finanzhilfen des Bundes nach Absatz 1 und zusätzliche Mittel der Länder in mindestens gleicher Höhe nach Maßgabe des Landesrechts sowie durch einen Finanzierungsbeitrag der Benutzer des Krankenhauses oder ihrer Kostenträger nach Maßgabe des Absatzes 3 aufgebracht. Der Finanzierungsbeitrag nach Absatz 3 wird verwendet zur Finanzierung von Zinskosten der außerhalb der zusätzlichen Mittel der Länder aufgenommenen Darlehen oder von entsprechenden Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen oder für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung.

(3) In dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beteiligen sich die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger an den Investitionsprogrammen nach Absatz 2 in den Jahren 1995 bis 2014 durch einen Investitionszuschlag in Höhe von acht Deutsche Mark für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Tage des Krankenhausaufenthalts. Die Länder vereinbaren die Einzelheiten des Verfahrens und die Verwendung der Mittel mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes findet in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet in den Jahren 1995 bis 2004 keine Anwendung. Am 31. Dezember 1994 bestehende Investitionsverträge nach § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.

(4) Die Ausgaben der Krankenkassen nach Absatz 2 und 3 bleiben bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs, des Ausgleichsbedarfssatzes und der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie bei der Datenerhebung nach § 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht.

Artikel 15

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. § 97 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Nr. 6 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Worte angefügt:

   „die aufschiebende Wirkung entfällt in den Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten von der Behörde, die den Verwaltungsakt erlassen oder über den Widerspruch zu entscheiden hat, besonders angeordnet wird."

   b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 4 und 6" durch die Worte „Im Falle des Absatzes 1 Nr. 4" ersetzt.

   c) Es wird folgender Absatz angefügt:

   „(5) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 6 ist das besondere Interesse an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts schriftlich zu begründen. Auf Antrag kann das Gericht der

Hauptsache die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise wiederherstellen. Der Antrag ist schon vor Erhebung der Anfechtungsklage zulässig. Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen, so kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen. Die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung kann von der Leistung einer Sicherheit oder von anderen Auflagen abhängig gemacht werden. Beschlüsse über solche Anträge können jederzeit geändert oder aufgehoben werden."

2. § 193 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen der Behörden, der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts. Dies gilt nicht für als Kläger oder Beklagte Beteiligte in den in § 116 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 4 der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte genannten Verfahren, soweit es sich um Streitigkeiten in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch handelt."

Artikel 16

Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

In § 13 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 3 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), das zuletzt durch das Gesetz vom 19. Juni 1992 (BGBl I S. 1062) geändert wurde, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 Nr. 3 werden nach dem Wort "Krankenversicherungsunternehmen" die Worte ", das die in § 257 Abs. 2 a **und 2 b** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt," einfügt.
2. Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

"§ 257 Abs. 2c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

Artikel 17

Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

§ 159 des Arbeitsförderungsgesetzes vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 27 Juli 1992 (BGBl. I S. 1398) geändert wurde, wird wie folgt gefaßt:

"§ 159

Für die Wahlrechte Versicherter gelten §§ 173 bis 177 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. **Abweichend von Satz 1 sind Versicherte Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wenn sie ihr im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder des Beginns der Umschulungsmaßnahme angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben."**

Artikel 18

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz vom 24. August 1976, zuletzt geändert durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 11. April 1990 (BGBl. I S. 717), wird wie folgt geändert:

1. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Ermächtigung für die Kennzeichnung, die Packungsbeilage und die Packungsgrößen".

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Der Bundesminister für Gesundheit wird ferner ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, daß Arzneimittel nur in bestimmten Packungsgrößen in den Verkehr gebracht werden dürfen und von den Herstellern auf den äußeren Behältnissen oder, soweit verwendet, auf den äußeren Umhüllungen entsprechend zu kennzeichnen sind. Die Bestimmung dieser Packungsgrößen erfolgt für bestimmte arzneilich wirksame Bestandteile und berücksichtigt die Anwendungsgebiete, die Anwendungsdauer und die Darreichungsform. Bei der Bestimmung der Packungsgrößen ist grundsätzlich von einer Dreiteilung auszugehen:

1. Packungen für kurze Anwendungsdauer oder Verträglichkeitstests,
2. Packungen für mittlere Anwendungsdauer,
3. Packungen für längere Anwendungsdauer.

Die Rechtsverordnung ist bis zum 30. Juni 1993 zu erlassen."

2. Der Sechste Abschnitt wird gestrichen.

Artikel 19

Änderung des Gesetzes über das Apotkekenwesen

Das Gesetz über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel X Sachgebiet D Abschnitt II Nr. 21 a des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1082), wird wie folgt geändert:

In § 14 Abs. 4 Satz 2 werden die Worte "in das Krankenhaus stationär oder teilstationär aufgenommen worden sind" durch die Worte "in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) behandelt oder ambulant operiert (§ 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) werden" ersetzt."

Artikel 20

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

§ 6 a der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818) wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhausträger geschlossenen Verträgen **oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit** zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Ärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie

b) bei Leistungen von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten."

2. In Absatz 2 wird die Verweisung "Satz 1" gestrichen.

Artikel 21

Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

§ 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) wird wie folgt gefaßt:

„§ 7

Gebühren bei stationärer Behandlung

Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhausträger geschlossenen Verträgen **oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit** zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Zahnärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie

b) bei Leistungen von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten."

Artikel 22

Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

Dem § 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom . . ., das zuletzt durch . . . geändert wurde, wird folgender Absatz angefügt:

"**(5)** Approbierte Zahnärzte können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzthelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegieren: Herstellung von Röntgenaufnahmen, Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Füllungspolituren, Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Herstellung von Situationsabdrücken, Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut, Erklärung der

Ursache von Karies und Parodontopathien, Hinweise zu zahngesunder Ernährung, Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellung von Blutungs-Indizes, Kariesrisikobestimmung, lokale Fluoridierung z. B. mit Lack oder Gel, Versiegelung von kariesfreien Fissuren.
(6) In der Kieferorthopädie können insbesondere folgende Tätigkeiten an zahnmedizinische Fachhelferinnen, weitergebildete Zahnarzthelferinnen oder Dental-Hygienikerinnen delegiert werden: Auslegieren von Bögen, Einlegieren von Bögen im ausgeformten Zahnbogen, Auswahl und Anprobe von Bändern an Patienten, Entfernen von Kunststoffresten und Zahnpolitur auch mit rotierenden Instrumenten Bracketentfernung durch den Zahnarzt."

Artikel 23

Budgetierung der Verwaltungsausgaben

(1) Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied **im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets** dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den **Betrag** verändern, **der sich durch Multiplikation der durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied mit der Veränderungsrate der nach § 270 und § 270 a Fünften Buches Sozialgesetzbuch** zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied **ergibt. Ausgangsbasis sind die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Jahr 1991, die um den Betrag erhöht werden, der sich gemäß dem Berechnungsverfahren nach Satz 1 für das Kalenderjahr 1992 ergibt. Die Berechnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind, soweit sie die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen je Mitglied betreffen, getrennt nach Betriebskrankenkassen und nach anderen Krankenkassen vorzunehmen.** Eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung des Budgets ist im Budget des Folgejahres auszugleichen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenkassen im Beitrittsgebiet mit der Maßgabe, daß als beitragspflichtige Einnahmen diejenigen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen sind. Bei den Betriebskrankenkassen im Beitrittsgebiet sind als Ausgangsbasis des Jahres 1991 nur die um die Personalkosten nach § 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Verwaltungsausgaben zugrunde zu legen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen entsprechend.

(4) Verwaltungsausgaben im Sinne der Absätze 1 und 2 sind alle Ausgaben, die nach der Anlage 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3. August 1981 in der Kontenklasse 7 — Verwaltungs- und Verfahrenskosten — zu buchen sind. Unberücksichtigt bleiben Verwaltungsausgaben für Leistungen, die nur einzelnen Kassenarten durch die Ausführung von Rechtsvorschriften entstehen und nicht von einem Dritten ersetzt werden.

(5) Die Aufsichtsbehörde kann bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände eine im einzelnen bestimmte Ausnahme von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach den Absätzen 1 bis 3 gestatten.

Artikel 24

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 9, 10, 12, 20 und 21 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden. Artikel 13 kann auf Grund des § 16 Satz 1 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), sowie in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

Artikel 25

Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes

Das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 2 Nr. 23 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2317), wird wie folgt geändert:

1. Artikel 56 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:
"(3) Für die nach Absatz 1 oder 2 Versicherten gelten die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als erfüllt, wenn die in Absatz 1 genannten Versicherungszeiten auf Grund einer Pflichtversicherung zustande gekommen sind; § 6 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für die nach Absatz 2 Versicherten."

2. Artikel 61 wird gestrichen.

Artikel 26

Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen

Vertragliche Vereinbarungen sind in den Teilen unwirksam, in denen sie mit den Regelungen dieses Gesetzes nicht vereinbar sind. Dies gilt auch für Vereinbarungen, die vor dem 1. Januar 1993 abgeschlossen worden sind. Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen bis zum 31. März 1993 den gesetzlichen Vorgaben anzupassen. § 71 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Artikel 27

Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Selbstverwaltung

Kommen Regelungen nach § 106 Abs. 3, § 115 Abs. 1 bis 4, § 135 Abs. 3 und 4, § 136 Abs. 1, § 296 Abs. 4, § 300 Abs. 3, § 301 Abs. 3, § 302 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande, kann der Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der für die Selbstverwaltung geltenden Vorgaben jeweils entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen.

Artikel 28

Erweiterung der Versicherungspflicht

(1) Vom 1. Januar 1997 an werden Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten, mit Ausnahme von asylsuchenden Ausländern und ähnlichen Personengruppen in die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen.

(2) Das Nähere zur Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises, über die Beitragsbemessung und die Meldepflichten wird in einem besonderen Gesetz geregelt.

Artikel 29

Arznei- und Heilmittelbudget für 1993

(1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 gelten die Ausgaben der beteiligten Krankenkassen für Arznei-, Verband- und Heilmittel im Jahr 1991 im Geltungsbereich des Budgets nach Maßgabe der Sätze 2 bis 7. Die Ausgaben für Arzneimittel werden verringert um

1. 4,25 vom Hundert auf Grund der Neuregelung der Zuzahlung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. 2,45 vom Hundert auf Grund der Senkung der Arzneimittelpreise nach Artikel 30,
3. 1,51 vom Hundert auf Grund der Festsetzung weiterer Festbeträge nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den Jahren 1992 und 1993.

Auf dieser Basis werden die Ausgaben für Arzneimittel erhöht um

1. 1,74 vom Hundert auf Grund des Anstiegs der Arzneimittelpreise vom 1. Januar bis 30. April 1992,
2. 0,9 vom Hundert auf Grund der Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel zum 1. Januar 1993,
3. 3,5 vom Hundert auf Grund einer einmaligen Berücksichtigung der gestiegenen Zahl der Vertragsärzte,
4. 0,9 vom Hundert auf Grund der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen für empfängnisverhütende Mittel nach § 24 a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Vomhundertsätze nach Satz 2 sind jeweils auf die Ausgaben des Jahres 1991, die Vomhundertsätze nach Satz 3 jeweils auf das nach Satz 2 bereinigte Ausgabenniveau zu beziehen. Die Ausgaben für Heilmittel werden um den Vomhundertsatz erhöht, um

den sich in den Jahren 1992 und 1993 die nach den §§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied erhöhen. Satz 3 Nr. 3 gilt auch für Heilmittel. Für die Ausgaben für Verbandmittel gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(2) Die Ausgaben nach Absatz 1 Satz 1 werden für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets nicht überschreitet, aus den Rechnungsergebnissen des Jahres 1991 auf der Grundlage der Kontenarten 430, 450 bis 453 gemäß § 25 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung, Anlage 1, ermittelt. Für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets überschreitet, werden die Ausgaben zugrunde gelegt, die sich aus der Vervielfachung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel pro Behandlungsfall der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 1991 mit der Zahl der von der jeweiligen Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Geltungsbereich des Budgets für das Jahr 1991 abgerechneten Behandlungsfälle ergeben. Die Ausgaben nach § 84 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 werden entsprechend ermittelt. Soweit ausreichende statistische Angaben über die Ausgaben im Geltungsbereich des Budgets nicht vorliegen, sind Schätzungen auf der Grundlage geeigneter Bezugsgrößen vorzunehmen.

(3) Bei einer Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 ermittelten Ausgaben für Arzneimittel stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag bis zu einer Höhe von insgesamt 280 Millionen Deutsche Mark gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Die Aufteilung des Ausgleichsbetrages auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt nach Maßgabe ihrer Anteile am übersteigenden Betrag. Wird der Ausgleich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht sichergestellt, erfolgt eine Verrechnung im Rahmen der Gesamtvergütungen im Jahr 1994. § 84 Abs. 1 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(4) Eine Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 ermittelten Ausgaben für Arzneimittel um mehr als 280 Millionen Deutsche Mark wird bis zu einer Höhe von 560 Millionen Deutsche Mark von den pharmazeutischen Unternehmern gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen. Der Ausgleich erfolgt durch eine entsprechende Verlängerung der Geltungsdauer des Preismoratoriums nach Artikel 30. Die pharmazeutischen Unternehmer gleichen die dem pharmazeutischen Großhandel und den Apotheken auf Grund der Verlängerung des Preismoratoriums entstehenden Ertragseinbußen durch entsprechende Rabatte aus.

(5) Bei einer Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 5 ermittelten Ausgaben für Heilmittel gilt § 84 Abs.1 Satz 4 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(6) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für den in Absatz 4 genannten Ausgleich erforderliche Verlängerung der Geltungsdauer des Preismoratoriums nach Artikel 30 sowie die Höhe der Rabatte nach Absatz 4 Satz 3.

(7) Das Budget nach Absatz 1 gilt bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fort; § 84 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(8) Für das Beitrittsgebiet gelten Budgets erstmalig für das Jahr 1994. Den Budgets für 1994 sind die verdoppelten Ausgaben des ersten Halbjahres 1992, bereinigt um den Rechnungsabschlag nach § 311 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, unter Berücksichtigung der in Absatz 1 sowie der in § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorgaben zugrunde zu legen. Absatz 7 gilt entsprechend.

Artikel 30

Preismoratorium für Arzneimittel

(1) Die Herstellerabgabepreise apothekenpflichtiger Fertigarzneimittel, für die §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 gelten und für die am 1. Januar 1993 kein Festbetrag nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt ist, betragen in den Jahren 1993 und 1994

1. höchstens 95 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Fertigarzneimitteln, die der Verschreibungspflicht unterliegen,
2. höchstens 98 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Fertigarzneimitteln, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen.

Die pharmazeutischen Hersteller haben die Preise entsprechend zu senken und rechtzeitig bekanntzugeben. Gibt ein Hersteller die Preise nicht oder nicht rechtzeitig bekannt, gelten die nach Satz 1 Nr. 1 und 2 höchstzulässigen Preise als Herstellerabgabepreise. Die Preise nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind den Großhandelszuschlägen nach § 2 und entsprechend den Apothekenzuschlägen nach § 3 der Arzneimittelpreisverordnung zugrunde zu legen. Die von den Krankenkassen an die Apotheken zu entrichtende Vergütung ist auf dieser Grundlage zu berechnen. **Für Arzneimittel, die im Zeitraum vom 2. Mai bis zum 31. Dezember 1992 erstmals in den Markt eingeführt werden, gelten die Sätze 1 bis 5 mit der Maßgabe, daß die**

Markteinführungspreise Bezugsgröße für die Preissenkung nach Satz 1 Nr. 1 bis 2 sind. Die Preise für Arzneimittel, die nach dem 31. Dezember 1992 erstmals in den Markt eingeführt werden, dürfen in den Jahren 1993 und 1994 nicht erhöht werden. Für Arzneimittel, für die nach dem 1. Januar 1993 Festbeträge nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt werden, gelten die Sätze 1 bis 7 ab dem Tag des Inkrafttretens dieser Festbeträge nicht.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Preisabschläge nach Absatz 1 entsprechend der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme (89/105/EWG) die Preisabschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufheben oder verringern.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Versorgung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind.

Artikel 31

Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung"

§ 1

Geschäftsstelle des Instituts

Die Geschäftsstelle der nach § 39 a Arzneimittelgesetz gebildeten Transparenzkommission übernimmt für eine vom Bundesminister für Gesundheit zu bestimmende Übergangszeit die Aufgaben der nach § 92 a Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bildenden Geschäftsstelle des Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung".

§ 2

Aufgaben des Instituts

Das Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung" nach § 92 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterstützt den Bundesminister für Gesundheit in der Übergangszeit bis zum Erlaß einer Rechtsverordnung nach § 34 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Vorbereitung von Rechtsverordnungen nach § 34 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 32

Sonderkündigungsrecht für versicherungsfreie Personen

Versicherungsfreie Personen, die keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, können ab 1. Juli 1994 bei diesem Versicherungsunternehmen eine Bescheinigung darüber beantragen, daß der Versicherungsschutz die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Erteilt das Versicherungsunternehmen diese Bescheinigung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb von zwei weiteren Monaten mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Versicherungsunternehmen darf die Bescheinigung nur erteilen, wenn ihm die zuständige Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Artikel 33

Überleitungsvorschriften

§ 1

Altersgrenze für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

Bei Vertragsärzten und Vertragszahnärzten, die am 1. Januar 1999 das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben, endet die Zulassung am 1. Januar 1999. War der Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt zu diesem Zeitpunkt

1. weniger als 20 Jahre als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt tätig und

2. vor dem 1. Januar 1993 als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt zugelassen,

verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Satz 1 gilt für angestellte Ärzte **und Zahnärzte** entsprechend.

§ 2

Eintragung in das Arztregister

Bis zum 31. Dezember 1993 erfolgte Eintragungen in das Arztregister bleiben unberührt. Wird ein Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt nach dem 31. Dezember 1994 gestellt, hat der Arzt unbeschadet des Satzes 1 die Voraussetzungen des § 95 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erfüllen.

§ 3

Entscheidung über die Zulassung

(1) Einem Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt, der bis zum 31. Januar 1993 gestellt wird, ist auch dann zu entsprechen, wenn Zulassungsbeschränkungen nach dem 1. Januar 1993 gemäß § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind. Die Zulassung nach Satz 1 endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht spätestens bis zum **1. Oktober 1993** aufgenommen wird. **Abweichend von § 95 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann ein Antrag nach Satz 1 auch dann gestellt werden, wenn die Vorbereitungszeit nach § 95 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor dem 5. November 1992 begonnen hat und vor dem 1. April 1993 abgeschlossen worden ist.**

(2) Der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge, die nach dem 31. Januar 1993 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat. **Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei Antragstellung angeordnet waren.**

(3) **Der Zulassungsausschuß kann Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes nach § 32 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erst erteilen, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat.**

(4) **Absätze 1 bis 3 gelten für Vertragszahnärzte entsprechend.**

§ 3 a

Umwandlung der Kassenärzte in Vertragsärzte

(1) Die Ärzte und Zahnärzte, die am 31. Dezember 1992 sowohl als Kassenärzte oder Kassenzahnärzte zugelassen waren als auch Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte der Ersatzkassen waren, sind zugelassene Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte.

(2) Die Rechtsstellung der am 31. Dezember 1992 nur an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragszahnärzte der Ersatzkassen bleibt unberührt.

§ 4

Freiwillige Versicherung

Für Personen, die bis zum 31. Dezember 1992 aus der Versicherungspflicht ausscheiden, gelten § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils in der bis dahin geltenden Fassung auch dann, wenn der Beitritt nach dem 31. Dezember 1992 der Krankenkasse angezeigt wird.

§ 5

Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen bei Erwachsenen

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und deren kieferorthopädische Behandlung vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich zahntechnischer Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 5. November 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 6

Versorgung mit Zahnersatz

Versicherte, deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung und der Kosten für zahntechnische Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 5. November 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 7

Weitergeltung bestehender Verträge

(1) Verträge zur Regelung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, die am 31. Dezember 1992 auslaufen, gelten so lange fort, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch deren Inhalt festsetzen.

(2) Sofern ab 1. Januar 1993 die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder die Spitzenverbände der Krankenkassen keine Abschlußkompetenz haben, treten an Stelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen, an Stelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, an Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen, die insoweit die Rechte und Pflichten eines Landesverbandes ausüben, in die Verträge ein.

§ 8

Wirkung der Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen

Bis zum 31. Dezember 1995 erhält § 71 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch folgende Fassung:

„(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu beanstanden. Die vorgelegten Vereinbarungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären den Vertragsparteien zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Vereinbarungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandung gelten bisherige Vereinbarungen weiter."

§ 9

Wirkung der Beanstandung von Entscheidungen der Schiedsämter

Bis zum 31. Dezember 1995 erhält § 89 Abs. 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch folgende Fassung:

„(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Die vorgelegten Entscheidungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären dem Schiedsamt zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Entscheidungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandungen durch die Vertragspartner oder das Schiedsamt gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandungen gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend."

§ 10

Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates

(1) Die Vertreterversammlung der in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung genannten Krankenkasse wählt bis zum 30. Juni 1995 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 31 Abs. 3 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung. Hierbei ist § 43 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung zu beachten. Für diese Wahl gelten die Mitglieder des Vorstandes als Mitglieder der Vertreterversammlung. Im übrigen gelten die Vorschriften des Vierten Buches Sozialgesetzbuch über die Wahl des Vorstandes entsprechend.

(2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

(3) Die erste Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates endet mit Ablauf der achten Amtsperiode der Selbstverwaltungsorgane.

§ 11

Wahl des Vorstands der Krankenkasse

Der Verwaltungsrat nach § 10 wählt bis zum 31. Dezember 1995 den Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. Dabei ist § 35 a des Vierter Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 12

Überleitungsvorschrift für die Verbände der Krankenkassen

Die §§ 10 und 11 gelten für die Landes- und Bundesverbände entsprechend.

§ 13

Überleitungsvorschrift für die Vereinigung von Ersatzkassen

(1) Bis zum 31. Dezember 1995 erhält § 168 a Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgende Fassung: "Ersatzkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigen."

(2) Vereinigen sich Ersatzkassen vor dem 1. Januar 1996, darf die entstehende Ersatzkasse nur Personen aufnehmen, die von den an der Vereinigung beteiligten Ersatzkassen am 31. Dezember 1994 hätten aufgenommen werden dürfen.

§ 14

Versicherungspflicht von Rentnern

Wer am 31. Dezember 1992 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 Rentenantrag zurückgezogen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach Artikel 56 Abs. 1 bis 3 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht erfüllt.

Artikel 34

Übergangsregelungen zum Risikostrukturausgleich

§ 1

(1) Für das Geschäftsjahr 1994 bleiben außer Betracht

1. Leistungsausgaben, soweit sie auf in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Personen und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen entfallen, bei der Ermittlung der Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Bedarfssatzes nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. Beitragseinnahmen **von in § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Pflichtversicherten, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, soweit diese Beitragseinnahmen auf Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen** entfallen, bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Bedarfssatzes nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Zu den Ausgaben für das Geschäftsjahr 1994 nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 2

§§ 268 **bis** 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch treten außer Kraft, wenn die auf der Grundlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Jahres 1994 entstandenen Ansprüche und Verpflichtungen der Krankenkassen ausgeglichen sind. Den Zeitpunkt des Außerkrafttretens bestimmt der Bundesminister für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für Geschäfts- und Rechnungsergebnisse in der Krankenversicherung der Rentner gilt ab 1. Januar 1995 der Risikostrukturausgleich nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können für das Geschäftsjahr 1993 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 Hundert übersteigt und daß ein Finanzausgleichsverfahren nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Spitzenverbands. Eine Krankenkasse kann die Hilfe innerhalb von 60 Kalendermonaten nur einmal erhalten. § 266 Abs. 2 Satz 3 und 4 und § 313 Abs. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 4

Bedarfssatz nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für das Geschäftsjahr 1993 das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 270 Satz 4 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 35

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1992 treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. 120 und Artikel 7 Nr. 4.

(3) am 1. Januar 1994 treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 34, 51 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb, Nr. 52, 141, 142, 143, 171, Artikel 9 Nr. 2, 23 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Artikel 11 Nr. 4.

(4) Am 1. Juli 1994 tritt Artikel 15 in Kraft.

(5) Am 1. Januar 1995 tritt Artikel 1 Nr. 113 in Kraft.

(6) Am 1. Januar 1996 treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 91 Buchstabe a, Nr. 93, 94 Buchstabe b, Nr. 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104 Buchstaben b und c, Nr. 105 Buchstabe b, Nr. 106 Buchstabe a, Nr. 107 Buchstabe a, Nr. 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 124 Buchstabe b, Nr. 125, 126, 127, 129, 130, 131, 134, 135, 139 Buchstabe a, Nr. 164, Artikel 2 Nr. 1 und 3, Artikel 3 Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6 und 7, Artikel 7 Nr. 3, Artikel 11 Nr. 7 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb, Nr. 10, Artikel 12 Abs. 3 Nr. 4, 5, 6 Buchstabe b, Nr. 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc, Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Artikel 17.

(7) Am Tage der Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 92a Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a, Nr. 20, 33 Buchstabe d, Nr. 48 Buchstabe b, Nr. 80, 81 und Artikel 2 Nr. 2. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Tag des Inkrafttretens im Bundesgesetzblatt bekannt.

(8) **Am 31. Dezember 1996 tritt Artikel 1 Nr. 133 außer Kraft.**

(9) **§ 313 Abs. 10 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt mit Ablauf des Jahres außer Kraft, in dem die Bezugsgröße im Beitrittsgebiet (§ 18 SGB IV) erstmalig 90 vom Hundert der Bezugsgröße im übrigen Bundesgebiet überschreitet. Der Bundesminister für Gesundheit gibt das Tag des Außerkrafttretens im Bundesgesetzblatt bekannt.**

Bundesrat zu Drucksache 856/92

-1-A

09.12.92

G

Beschluß

des Deutschen Bundestages

zum

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 127. Sitzung am 9. Dezember 1992 zu dem von ihm verabschiedeten Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) - Drucksachen 12/3608, 12/3930, 12/3937 - die beiliegende Entschließung in Drucksache 12/3930 angenommen.

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2
Telefon (02 28) 36 35 51, Telefax (02 28) 36 12 75
ISSN 0720-2946

856/92

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Um den hohen investiven Nachholbedarf zu befriedigen, wurde 1972 das noch heute geltende duale System der Krankenhausfinanzierung eingeführt, das sich in der Aufbauphase bewährt hat. Inzwischen zeigen sich Steuerungsmängel des dualen Systems. Problematisch ist insbesondere die Trennung der Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten und für die aus der Investition folgenden Betriebskosten. Sie führt zu erheblichen betriebswirtschaftlichen Nachteilen und zu Unwirtschaftlichkeit. Gleichzeitig wird der private Kapitalmarkt als ergänzende Finanzierungsquelle weitgehend ausgeschlossen. In vielen Bundesländern besteht gegenwärtig ein nicht gedeckter Investitionsbedarf.

In Auflockerung des strikten Finanzierungsdualismus enthält bereits das geltende Recht die Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über Rationalisierungsinvestitionen. Das Gesundheitsstrukturgesetz schafft eine verbindliche Regelung zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz. Zudem ist vorgesehen, daß leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen in begrenztem Umfang Investitionskosten enthalten dürfen. Der Übergang von einer dualistischen zu einer monistischen Finanzierung ist damit eingeleitet und soll in den kommenden Jahren ans Ziel geführt werden. Nächster Schritt sollte die Übertragung der Pauschalförderung auf die Krankenkassen sein.

Die Neuordnung darf nicht zu Lasten der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Ein Wegfall der Investitionsverpflichtung der Länder muß in geeigneter Weise ausgeglichen werden.

2. Der Deutsche Bundestag erklärt seine Absicht, das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und längerfristigen Entwicklung durch ein monistisches System zu ersetzen. Er wird dabei die Belastungsneutralität dieser Neuordnung sicherstellen. Eine Neuordnung der Planungskompetenz im Krankenhausbereich ist dabei unverzichtbare Folge. Die Gesamtverantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung bleibt dabei unberührt.

II.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz durchgeführten Änderungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bis 30. Juni 1993 auf die Bestimmungen des Beihilferechts zu übertragen. Der Deutsche Bundestag erwartet, daß die übrigen für das Beihilferecht verantwortlichen Körperschaften Änderungen im Leistungsrecht ebenfalls übertragen.

Bundesrat **Drucksache 856/92 (Beschluß)**

18.12.92

Beschluß

des Bundesrates

zum

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

Der Bundesrat hat in seiner 650. Sitzung am 18. Dezember 1992 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 9. Dezember 1992 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 84 Abs. 1 des Grundgesetzes zuzustimmen.

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2
ISSN 0720-2946

Bundesrat -1-C zu Drucksache 856/92 (2)

16.12.92

G

Berichtigung

zum

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

Deutscher Bundestag
Der Direktor

Bonn, den 16. Dezember 1992

An den
Herrn Direktor des Bundesrates

Im Nachgang zu dem Schreiben der Präsidentin des Deutschen Bundestages vom 9. Dezember 1992 teile ich mit, daß zu dem vom Deutschen Bundestag in seiner 127. Sitzung am 9. Dezember 1992 verabschiedeten Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) - Drucksachen 12/3608, 12/3930, 12/3937 - folgende Berichtigungen erforderlich sind:

1. In Artikel 11 Nr. 8 muß in Buchstabe b der Doppelbuchstabe bb wie folgt lauten:

   "bb) Folgende Sätze werden angefügt:
   'Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a mit Wir-

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2
Telefon (02 28) 36 35 51, Telefax (02 28) 36 12 75
ISSN 0720-2946

kung für die Vertragsparteien nach Absatz 2; die Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung ist anzustreben. In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 kann bestimmt werden, unter welchen Voraussetzungen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Zuschläge oder Abschläge für Krankenhäuser vereinbaren können.'"

2. In Artikel 12 Abs. 1 Nr. 7 muß in Buchstabe b in der neuen Nummer 6 a der Buchstabe b wie folgt lauten:

"b) unabhängig davon und außerhalb des Nutzungsentgelts **10 vom Hundert der auf die wahlärztlichen Leistungen vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 2 Buchstabe a der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 7 Satz 2 Buchstabe a der Gebührenordnung für Zahnärzte entfallenden Gebühren.**".

3. In Artikel 12 wird in Absatz 3 Nr. 6 folgender Buchstabe c angefügt:

'c) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

"(6) Beamtenrechtliche oder vertragliche Regelungen über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses, soweit sie ein über die Kostenerstattung hinausgehendes Nutzungsentgelt festlegen, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 5 nicht berührt."'

4. In Artikel 35 muß Absatz 4 wie folgt lauten:

"(4) Am 1. Juli 1994 tritt Artikel 16 in Kraft."

(Dr. Kabel)