

24.05.96

G - Fz

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz - GKVWG -)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 108. Sitzung am 24. Mai 1996 aufgrund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß) - Drucksache 13/4691 - den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Weiterentwicklungsgesetz - GKVWG -)
- Drucksache 13/3608 -**

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 14.06.96

Initiativgesetz des Bundestages

Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz - GKVWG -)

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

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 4	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 5	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 6	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 7	Änderung der Schiedsamtverordnung
Artikel 8	Rechtsangleichung
Artikel 9	Inkrafttreten

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. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Versicherte können anstelle der Sachoder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Der 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. Die Satzung kann dabei auch bestimmen, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind. Die Satzung kann für Verwaltungsmehrkosten einen Abschlag vom Erstattungsbetrag vorsehen.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

2. In § 27 Abs. 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer eingefügt:

„3a. Rettungsdienst und Krankentransport,“.

3. § 35 wird wie folgt gefaßt:

Festbeträge für Arzneimittel

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene für Arzneimittel die Festbeträge festzusetzen, bis zu deren Höhe die Krankenkasse die Kosten trägt (§ 31 Abs. 2). Das Bundesministerium für Gesundheit setzt die Festbeträge für Arzneimittel auf Grund der ihm nach den Absätzen 3 und 4 vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgelegten Vorschläge nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit den in den Absätzen 2 bis 5 genannten Voraussetzungen fest. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen; die Absätze 3 und 4 sind entsprechend anzuwenden.

(2) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Bei der Festsetzung ist soweit wie möglich sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist.

(3) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit Vorschläge, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen

2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,

3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Wirkstoffgruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, werden Festbeträge der Gruppen nach Absatz 1

Satz 2 Nr. 2 und 3 nicht gebildet. Wenn Festbetragsgruppen nach Satz 2 Nr. 1 für Arzneimittel gebildet werden können, dürfen diese Arzneimittel nicht in Gruppen nach Satz 2 Nr. 2 und 3 mit Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen zusammengefaßt werden. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ermittelt auch die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen, auf deren Grundlage die Spitzenverbände der Krankenkassen ihren Vorschlag zur Festbetragsfestsetzung erarbeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit entscheidet über die Gruppenbildung und gibt seine Entscheidung den Spitzenverbänden der Krankenkassen bekannt.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam und einheitlich erarbeitete Vorschläge, in welcher Höhe für die von ihm bekannt gegebenen Gruppen von Arzneimitteln auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen jeweilig die Festbeträge festzusetzen sind.

(5) Zur Erarbeitung ihrer Vorschläge haben der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene für Arzneimittel Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zu den Vorschlägen zu Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen leiten die Stellungnahmen dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit ihren Vorschlägen zu und geben dabei auch eine Bewertung der Stellungnahmen ab.

(6) Die bis zum Inkrafttreten dieser Vorschrift festgesetzten Festbeträge gelten bis zu ihrer Änderung durch das Bundesministerium für Gesundheit fort, soweit sie nach Maßgabe des früheren Rechts festgesetzt worden sind.

(7) Gegen das Bundesministerium für Gesundheit kann Klage vor dem Landessozialgericht, in dessen Bezirk das Bundesministerium für Gesundheit seinen Sitz hat, mit dem Antrag erhoben werden, über die Gültigkeit der Rechtsverordnung zu einzelnen Festbeträgen zu entscheiden. Den Antrag kann jede natürliche oder juristische Person stellen, die durch die Festsetzung der Festbeträge einen Nachteil erlitten hat oder zu erleiden droht. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen können beigeladen werden. Das Landessozialgericht entscheidet durch Urteil. Hält das Landessozialgericht die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit für ungültig, so erklärt es sie für nichtig. In diesem Fall ist die Entscheidung allgemein verbindlich und die Entscheidungsformel vom Antragsgegner ebenso zu veröffentlichen wie die Rechtsvorschrift bekannt gemacht worden ist. Gegen die Entscheidung des Landessozialgerichts ist die Revision zum Bundessozialgericht zulässig. Die Revision hat aufschiebende Wirkung. Das Landessozialgericht kann auf Antrag eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn die Gefahr besteht, daß schwere und unmittelbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstehen, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre."

4. Nach § 36 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 36 a

Rettungsdienst und Krankentransport

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Rettungsdienstes. Dieser umfaßt die notfallmedizinische Versorgung und die Transportleistung.

(2) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Krankentransports. Dieser umfaßt Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

(3) Für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe der nach § 133 vereinbarten Vergütungen abzüglich des in § 60 Abs. 2 genannten Betrages. Werden Leistungserbringer in Anspruch genommen, mit denen kein Vertrag nach § 133 besteht, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch in Höhe der preisgünstigsten nach § 133 vereinbarten Vergütung. Bei Leistungen nach Absatz 1 zieht die Krankenkasse den in § 60 Abs. 2 genannten Betrag von den Versicherten ein. § 60 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend."

5. Nach § 52 wird folgender Titel eingefügt:

„Vierter Titel
Gestaltungsleistungen

§ 53
Grundsatz

(1) Die Krankenkasse kann nach Maßgabe der folgenden Vorschriften in ihrer Satzung Leistungen eigenverantwortlich gestalten.

(2) Die Gestaltungsleistungen gelten für alle Versicherten der Krankenkasse.

§ 54
Erweiterte Leistungen

(1) Die Krankenkasse kann nur die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig; vorgesehen werden können auch Ermessensleistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Zuschüsse zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung.

(2) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (§ 28), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 der Bundespflegesatzverordnung 1995), Krankengeld (§§ 44 bis 51), Sterbegeld (§§ 58 und 59) und Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (§§ 18 und 20) können nicht erweitert werden.

(3) Die Krankenkasse hat die Ausgaben für erweiterte Leistungen einschließlich der auf diese entfallenden Verwaltungskosten getrennt auszuweisen. Die Beiträge für diese Leistungen sind von den Versicherten allein zu tragen.

§ 55
Zuzahlungen

Die Krankenkasse kann Zuzahlungen, die in diesem Buch vorgesehen sind, erhöhen; die Einführung neuer Zuzahlungen ist nicht zulässig.

§ 56
Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Rückzahlung beträgt jährlich ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils, und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Waren die Kosten der in Anspruch

genommenen Leistungen niedriger als der in Satz 2 genannte Betrag, wird der Unterschiedsbetrag zurückgezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, § 24 bis § 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

§ 57
Selbstbehalt

Die Krankenkasse kann vorsehen, daß Versicherte, die Kostenerstattung (§ 13) in Anspruch nehmen, jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Die Beiträge ausschließlich des Arbeitgeberanteils und des Zuschusses nach § 257 sind für diese Versicherten entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe der Selbstbehalte und die damit verbundenen Beitragsermäßigungen.“

6. § 60 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrtkosten)“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Nummern 2 und 3 gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 2.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 133“ durch die Worte „dem Personenbeförderungsgesetz“ ersetzt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 3.

7. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln“ ein Komma und die Worte „Rettungsdiensten und Krankentransporten“ eingefügt.

8. § 62 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln“ ein Komma und die Worte „sowie Rettungsdiensten und Krankentransporten“ eingefügt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.“

9. Nach § 62 wird folgender § 62a eingefügt:

„§ 62a
Anpassung der Zuzahlungsbeträge

(1) Die in § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 6, § 41 Abs. 3 sowie § 60 Abs. 2 genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1997, die in § 23 Abs. 6, § 31 Abs. 3 sowie § 40 Abs. 5 genannten Zuzahlungsbeträge mit Wirkung vom 1. Juli 1999 an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren ange-

paßt. Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche Mark-Betrag, im Falle des § 31 Abs. 3 auf den nächsthöheren durch 50 teilbaren Deutsche Mark-Betrag, zu runden (angepaßte Zuzahlungsbeträge). Die angepaßten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Juli des übernächsten Kalenderjahres erneut angepaßt; Berechnungsgrundlage sind die Beträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils bis zum 15. Oktober des der Anpassung vorangehenden Kalenderjahres bekannt."

10. Der Zehnte Abschnitt erhält folgende Überschrift:

„Zehnter Abschnitt
Weiterentwicklung der Versorgung“.

11. Die §§ 63 bis 65 werden wie folgt gefaßt:

„§ 63
Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Förderung der Gesundheit, Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) Bei der Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten Kapitels dieses Buches und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden.

(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der medizinischen und pharmakologischen Forschung können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Ziele, Dauer und Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Vor der Durchführung oder Vereinbarung eines Modellvorhabens ist den Verbänden der Leistungserbringer, deren wirtschaftliche Interessen von dem Modellvorhaben in erheblichem Umfang berührt werden, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; das beabsichtigte Modellvorhaben ist deshalb in geeigneter Form bekanntzumachen. Sofern für die Durchführung eines Modellvorhabens die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich ist, ist die schriftliche Einwilligung des Betroffenen einzuholen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die für das Modellvorhaben erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu anonymisieren.

(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend; § 64 Abs. 4 gilt nicht.

§ 64

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Für die vertragsärztliche Versorgung sind die Vereinbarungen nach Satz 1 mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu schließen. Die Vorschriften dieses Abschnitts für Vertragsärzte gelten auch für Vertragszahnärzte.

(2) In den Vereinbarungen nach Absatz 1 sind Regelungen zum Ziel, zur Ausgestaltung und zur Dauer der Modellvorhaben sowie zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Leistungserbringern und ihre Vergütung zu treffen; es kann auch eine Höchstzahl der an einem Modellvorhaben zu beteiligenden Leistungserbringer bestimmt werden.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt die Teilnahme von Vertragsärzten an einem Modellvorhaben in den für amtliche Bekanntmachungen vorgesehenen Publikationen aus. Wird in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 2 eine Höchstzahl der zu beteiligenden Vertragsärzte bestimmt, sind Regelungen für den Fall zu treffen, daß die Zahl der Vertragsärzte, die sich für eine Teilnahme an einem Modellvorhaben bewerben und die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, die Höchstzahl der zu beteiligenden Vertragsärzte übersteigt. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Krankenkassen oder ihre Verbände innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung über die teilnehmenden Ärzte.

(4) Ist eine Vereinbarung nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 innerhalb von vier Monaten nach Zuleitung des Entwurfs einer Vereinbarung durch die Krankenkassen oder ihre Verbände an die Kassenärztliche Vereinigung nicht zustande gekommen, hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Vertrag auf der Grundlage des Entwurfs zu schließen, wenn in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb dieser Frist durchgeführten Abstimmung mehr als 25 vom Hundert ihrer Mitglieder oder mehr als 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, dem Entwurf zugestimmt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung führt die Abstimmung nach Satz 1 unter entsprechender Anwendung der Regelungen zur Wahl der Vertreterversammlung durch. Sind die Voraussetzungen für den Abschluß eines Vertrages nach Satz 1 erfüllt und kommt der Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, kann die Krankenkasse oder ihr Verband das Schiedsamt anrufen; § 89 gilt entsprechend.

(5) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets nach § 85, nach § 84 oder § 17 Abs. 2 Nr. 2 und § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vergütet, sind die Gesamtvergütungen

oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach

§ 18 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen.

§ 65

Auswertung der Modellvorhaben

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Soweit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung Gegenstand eines Modellvorhabens ist, sind auch die Ausgaben je am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten mit den entsprechenden Ausgaben für die Versicherten, die nicht am Modellvorhaben teilnehmen, zu vergleichen.

(2) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung ist von unabhängigen und nicht an Weisungen gebundenen Sachverständigen durchzuführen, die nicht an dem Modellvorhaben beteiligt sind. Personenbezogene Daten sind in anonymisierter Form an die Sachverständigen weiterzuleiten. Der von den Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 1 ist zu veröffentlichen.

(3) Die Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 müssen Regelungen über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Auswertung nach Absatz 1 erforderlichen Daten enthalten; insbesondere sind die damit verbundenen Verpflichtungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer zu regeln."

12. Die §§ 67 und 68 werden gestrichen.

13. In § 69 werden nach dem Wort „Krankenhäuser,“ die Worte „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,“ eingefügt.

14. § 71 wird wie folgt gefaßt:

„§ 71

Beitragsatzstabilität

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

15. In § 73 Abs. 1c Satz 1 werden die Worte „gemeinsam und einheitlich“ gestrichen.

16. § 75 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Sicherstellung umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt."

17. In § 78 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „die §§ 80 und 85“ durch die Angabe „§ 80“ ersetzt.

18. Dem § 85 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sind die Teile der Gesamtvergütung, die die Krankenkasse für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Wege der Kostenersatzung an Versicherte entrichtet hat, in Abzug zu bringen."

19. Dem § 87 Abs. 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Bewertung der von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, daß sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, können Obergrenzen vorgesehen werden; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden."

20. § 89 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 a Satz 2 werden die Worte „drei Monaten“ durch die Worte „einem Monat“ ersetzt.

b) In Absatz 3 werden die Sätze 4 und 5 wie folgt gefaßt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landesozialgerichts berufen. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß die unparteilichen Mitglieder durch den Präsidenten des Bundesozialgerichts berufen werden, wenn keine Einigung zwischen den Beteiligten zustande kommt.“

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefaßt:

„Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für Klagen der Vertragspartner gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.“

bb) Satz 6 wird gestrichen.

e) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Schiedsämter,“ die Worte „die Qualifikation der unparteilichen Mitglieder,“ eingefügt.

f) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a, 3 und 4, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.“

21. In § 103 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

“(4a) In den Fällen des Absatzes 4 hat die Kassenärztliche Vereinigung vom Zeitpunkt der tatsächlichen Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit bis zur rechtskräftigen Zulassung eines Nachfolgers auf Antrag des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben einen von diesen bestimmten vertretungsberechtigten Arzt zur Weiterführung der Praxis zu ermächtigen. Satz 1 gilt nicht für den Zeitraum, für den die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Entscheidung über den Nachfolger wirksam ist.“

22. In § 106 Abs. 3 Satz 5 wird die Angabe „§§ 29, 30 und 64“ durch die Angabe „§§ 29 und 30“ ersetzt.

23. § 111 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

“(2) Der Versorgungsvertrag kommt durch Einigung zwischen einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen und dem Träger einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit Wirkung für die Mitgliedskassen zustande; er bedarf der Schriftform. Ein Versorgungsvertrag darf nur abgeschlossen werden, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllt,
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig ist und
3. einen Vertrag über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation abgeschlossen hat.

Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nicht. Landesverbände der Krankenkassen, auch eines anderen Bundeslandes, oder Verbände der Ersatzkassen können dem Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht; ein entsprechendes Beitrittsrecht haben auch einzelne Krankenkassen eines anderen Bundeslandes.

b) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„Ein Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden; die Kündigungsfrist beträgt drei Jahre, wenn die Kündigung vor dem 1. Januar 1999 der anderen Vertragspartei zugeht. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über den Abschluß des Versorgungsvertrages anzustreben; sind Gegenstand des Vertrages Leistungen für Anschlußheilbehandlung, ist mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Einvernehmen über den Abschluß des Versorgungsvertrages herzustellen.“

24. § 112 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

“(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft zweiseitige Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbooks entsprechen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Worte „bis zum 31. Dezember 1989“ werden gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Stellt keine der Vertragsparteien bei der Schiedsstelle den Antrag, kann die zuständige Landesbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist die Schiedsstelle mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen.“

25. § 114 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten in der Schiedsstelle mit.“

b) In Absatz 2 werden die Sätze 4 und 5 durch folgenden Satz ersetzt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5 berufen.“

c) In Absatz 5 werden nach dem Wort „Bestellung,“ die Worte „die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder,“ eingefügt.

26. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausesellschaft dreiseitige Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“

b) In Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„stellt keine der Vertragsparteien bei der Schiedsstelle den Antrag, kann die zuständige Landesbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist die Schiedsstelle mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen.“

c) Absatz 4 wird gestrichen.

27. § 115b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird gestrichen.

bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 2.

b) Absatz 3 wird gestrichen.

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3. Folgender neuer Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung in einem dreiseitigen Vertrag die Vergütung der ambulanten Operationsleistungen. Die Vergütung muß für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlich sein. 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 § 114 auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest. Die Erweiterung der Schiedsstelle erfolgt in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 115 Abs. 3 Satz 2 bis 5.“

d) Die Absätze 4 und 5 werden gestrichen.

28. In § 120 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „gemeinsam“ gestrichen.

29. § 133 wird wie folgt gefaßt:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen
des Rettungsdienstes und Krankentransports

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen im erforderlichen Umfang Verträge über die Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports sowie über deren Vergütung mit preisgünstigen, nach Landesrecht zugelassenen Leistungserbringern. Sie können Verträge nach Satz 1 auch mit nach Landesrecht gebildeten Rettungszweckverbänden schließen. In den Verträgen können pauschale Gesamtbeträge zur Versorgung der Versicherten für einen festgelegten Zeitraum vorgesehen werden. Notwendige Aufwendungen für die Rettungsleitstellen können anteilig berücksichtigt werden.

(2) Die in den Verträgen nach Absatz 1 festgelegten Vergütungen gelten nach Ablauf vertraglich bestimmter Fristen bis zum Abschluß neuer Vergütungsvereinbarungen weiter.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 für Leistungen des Rettungsdienstes nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei eine Schiedsstelle. Sie ist in gleicher Zahl aus Vertretern der Vertragsparteien sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zu bilden. § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.“

30. § 141 Abs. 4 wird gestrichen.

31. Dem § 195 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Dies gilt nicht für die Bestimmungen über die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes.“

32. In § 208 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „die §§ 80 und 85“ durch die Angabe „§ 80“ ersetzt.

33. In § 209 a Satz 3 wird die Angabe "7" durch die Angabe "8" ersetzt.

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

„§ 35a Abs. 8 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

35. § 220 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Beitragserhöhungen mit Ausnahme derjenigen, die auf einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) oder der Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) beruhen, sind nur zulässig, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten ist. Beitragserhöhungen sind insbesondere nicht zulässig, wenn sie verursacht würden

1. durch eine Steigerung der Verwaltungsausgaben, die über der durchschnittlichen Steigerungsrate aller Krankenkassen liegt,
2. durch Aufwendungen für satzungsmäßige Mehrleistungen, für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht (ausgenommen Anschlußheilbehandlung) und für Modellvorhaben nach § 63.“

b) Die Absätze 2 bis 4 werden gestrichen.

36. § 221 wird wie folgt gefaßt:

„§ 221

Beitragserhöhungen

Beitragserhöhungen mit Ausnahme derjenigen, die auf einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) oder der Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) beruhen, bedürfen der Zustimmung von mehr als drei Viertel der satzungsmäßigen Mitglieder des Verwaltungsrates. Vor der Beschlussfassung hat der Vorstand dem Verwaltungsrat darzulegen, daß alle Möglichkeiten der Kasse, auf Einnahmen und Ausgaben zur Stabilisierung des Beitragssatzes Einfluß zu nehmen, ausgeschöpft und die Beitragserhöhungen nach § 220 Abs. 1 Satz 4 und 5 zulässig sind.“

37. § 222 wird gestrichen.

38. Dem § 249 Abs. 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei Krankenkassen, deren Verwaltungsrat abweichend von § 44 Abs. 1 Nr. 1 und 3 sowie Abs. 2 des

Vierten Buches zusammengesetzt ist, darf der vom Arbeitgeber nach Satz 1 zu tragende Beitragsanteil die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Ortskrankenkassen nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt den nach Satz 2 anzuwendenden Beitragssatz, der auf eine Stelle nach dem Komma zu runden ist, jeweils zum 1. September fest; er findet für das darauffolgende Kalenderjahr Anwendung.“

39. § 266 Abs. 4 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Aufwendungen für satzungsmäßige Mehrleistungen, für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, für erweiterte Leistungen (§ 54) und für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2“.

40. § 274 wird gestrichen.

41. § 275 Abs. 2 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen. Für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist eine Prüfung nicht erforderlich, wenn der Medizinische Dienst innerhalb eines Jahres vor Antragstellung ihre Notwendigkeit in einem der Krankenkasse vorliegenden Gutachten empfohlen hat.“

42. § 284 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird die Angabe „(§ 65)“ durch die Angabe „(§ 56)“ ersetzt.

bb) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Kostenerstattung“ ein Komma und die Worte „Modellvorhaben (§§ 63 bis 65)“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden die Worte „nach § 65“ durch die Worte „nach § 56“ ersetzt.

43. § 292 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Krankenkassen, die für Mitglieder eine Beitragsrückzahlung (§ 56) vorsehen, haben für die Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung die für jeden Versicherten maßgebliche Betragsgrenze zu ermitteln und die Art und den Wert der nach § 56 zu berücksichtigenden Leistungen aufzuzeichnen.“

b) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

44. In § 299 Satz 1 werden die Worte „an Erprobungen zur Beitragsrückzahlung teilnehmen“ durch die Worte „für Mitglieder eine Beitragsrückerstattung vorsehen“ und die Angabe „§ 65 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 56“ ersetzt.

45. § 305 wird wie folgt gefaßt:

„§ 305

Auskünfte an Versicherte

(1) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, Versicherte über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten, sofern der Versicherte das verlangt.

(2) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer können mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbaren, daß die Krankenkassen die Unterrichtung nach Absatz 1 durchführen.

(3) Soweit eine Vereinbarung nach Absatz 2 vorliegt, unterrichten die Krankenkassen 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 von den Versicherten in Anspruch genommenen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und deren Kosten für jeden Versicherten gesondert in einer Form, die eine Kenntnisnahme durch die Krankenkassen 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.“

46. In § 310 wird nach Absatz 1 folgender Absatz eingefügt:

“(1a) Für die Anpassung der in Absatz 1 genannten Zuzahlungsbeträge gilt § 62a entsprechend.“

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 35 a wird folgender Absatz angefügt:

“(8) Die Vorstandsmitglieder haben bei ihrer Tätigkeit die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters anzuwenden. Vorstandsmitglieder, die ihre Pflichten verletzen, sind dem Versicherungsträger zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. Ist streitig, ob sie die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters angewandt haben, so trifft sie die Beweislast. Dem Versicherungsträger gegenüber tritt die Ersatzpflicht nicht ein, wenn die Handlung auf einem gesetzmäßigen Beschluß des Verwaltungsrates beruht. Dadurch, daß der Verwaltungsrat die Handlung gebilligt hat, wird die Ersatzpflicht nicht ausgeschlossen. Verletzt ein Vorstandsmitglied eine ihm einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, haftet das Vorstandsmitglied nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches und Artikel 34 des Grundgesetzes.“

2. Dem § 85 wird folgender Absatz angefügt:

“(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen.“

Artikel 3

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... , wird wie folgt geändert:

1. In § 195 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „65 Abs. 2“ durch die Angabe „56“ ersetzt.

2. In § 196 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Abs. 3“ eingefügt „und 4“.

Artikel 4

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:

1. In § 22 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „65 Abs. 2“ durch die Angabe „56“ ersetzt.
2. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Abs. 3“ eingefügt „und 4“.

Artikel 5

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 8 Abs. 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch ..., wird gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteilichen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteilichen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl.“

- b) Satz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Im ersten Halbsatz werden die Worte „sein Stellvertreter“ durch die Worte „die weiteren unparteilichen Mitglieder“ ersetzt.

- bb) Der zweite Halbsatz wird gestrichen; der Strichpunkt wird durch einen Punkt ersetzt.

- c) Folgender Satz wird angefügt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landesozialgerichts berufen; durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden.“

2. In Absatz 4 Nr. 1 werden nach dem Wort „Bestellung“ die Worte „die Qualifikation der unparteilichen Mitglieder“ eingefügt.

Artikel 7

Änderung der Schiedsamtverordnung

Die Schiedsamtverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827/10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I Seite 2477), wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Mitgliedschaft bleibt so lange bestehen, bis ein Nachfolger bestellt ist.“

2. In § 5 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„§ 4 Abs. 2 Satz 2 gilt.“

3. Nach § 16 wird folgender § 16 a eingefügt:

„§ 16 a

(1) Das Schiedsamt ist beschlußfähig, wenn seine Mitglieder oder deren stimmberechtigte Stellvertreter anwesend sind. Die Beschlußfähigkeit ist vom Vorsitzenden festzustellen und in die Niederschrift aufzunehmen; sie gilt für die Dauer der Sitzung, wenn und solange mehr als die Hälfte der Mitglieder oder stimmberechtigten Stellvertreter einschließlich der unparteilichen Mitglieder anwesend bleibt.

(2) Ist die Beschlußfähigkeit nicht gegeben, so ist eine erneute Sitzung innerhalb von vierzehn Kalendertagen seit der erstenberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einzuberufen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlußfähigkeit gegeben, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder des Schiedsamts oder deren stimmberechtigte Stellvertreter einschließlich der unparteilichen Mitglieder anwesend sind. Auf diese Folge ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.“

4. § 18 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Das Schiedsamt entscheidet mit der Mehrheit seiner Mitglieder.“ //

346/96

Artikel 8 Rechtsangleichung

(1) Mit Wirkung vom 1. Januar des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch 90 vom Hundert der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erreicht hat, spätestens jedoch mit Wirkung vom 1. Januar 1999, treten die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Kraft. Dies gilt nicht für § 310 Abs. 3 Satz 2, § 311 Abs. 2, 2a und 4 Buchstabe a und c, Abs. 5 und 7.

(2) Soweit Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Arbeitsentgelten, Arbeitseinkommen, Gesamteinkommen oder Beitragsbemessungsgrundlagen

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(3) Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet

der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschritten wurde.

(4) In Artikel 35 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) wird Absatz 9 aufgehoben.

Artikel 9 Inkrafttreten

(1) Das Gesetz tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 45 tritt am 1. Januar 1999 in Kraft.

Anrufung
des Vermittlungsausschusses
durch den Bundesrat

- a) Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 -
Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)

Drucksache: 372/96

- b) Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Weiterentwicklungsgesetz - GKVWG -)

Drucksache: 346/96

- c) Siebtes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch (Siebtes SGB V-Änderungsgesetz -
7. SGB V-ÄndG)

Drucksache: 347/96

- d) **Achtes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(Achstes SGB V-Änderungsgesetz - 8. SGB V ÄndG)**

Drucksache: 348/96

Der Bundesrat hat in seiner 698. Sitzung am 14. Juni 1996 beschlossen, zu den vom Deutschen Bundestag am 24. Mai 1996 verabschiedeten Gesetzen zu verlangen, daß der Vermittlungsausschuß gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes mit dem Ziel der grundlegenden Neugestaltung der Gesetze einberufen wird. Die weitere Begründung ist als Anlage beigefügt.

Anlage

Begründung
für die Einberufung des Vermittlungsausschusses
zum

- a) Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 -
Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)
- b) Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Weiterentwicklungsgesetz - GKVWG -)
- c) Siebtes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(Siebtes SGB V-Änderungsgesetz - 7. SGB V-ÄndG)
- d) Achtes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(Achstes SGB V-Änderungsgesetz - 8. SGB V ÄndG):

Der Bundesrat lehnt die vorgelegten Gesetze ab.

Mit dem Ende 1992 gemeinsam erarbeiteten und einvernehmlich vom Deutschen Bundestag und Bundesrat verabschiedeten Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sind Rahmenbedingungen für grundlegende strukturelle Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschaffen worden. Ziel war vor allem, Wirtschaftlichkeit, Selbststeuerungsfähigkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung deutlich zu steigern.

Den gemeinsam eingeschlagenen Weg der konsequenten Modernisierung unseres Gesundheitswesens haben die Bundesregierung und die sie tragenden Parteien im Deutschen Bundestag seither Stück für Stück verlassen. Strukturmaßnahmen des GSG sind durch eine Reihe von Einzelgesetzen inhaltlich ausgehöhlt oder

insgesamt revidiert worden. Die vorliegenden Gesetze markieren einen neuen negativen Höhepunkt in dieser Entwicklung.

Bereits durch das bisherige Vorgehen sind die finanziellen Erfolge des GSG aus den Jahren 1993 und 1994 mit Beitragssatzsenkungen und Einnahmeüberschüssen bei den Krankenkassen wieder verspielt worden. Im letzten Jahr verzeichneten die Krankenkassen erneut ein Ausgabendefizit in Höhe von 7,5 Mrd. DM. Trotz eines massiven Abbaus der Finanzrücklagen sind Krankenkassen vermehrt zu Beitragssatzsteigerungen gezwungen. Die Abgabenlast für Versicherte und Arbeitgeber aus GKV-Beiträgen hat mit 13,42 % in Westdeutschland und 13,28 % in Ostdeutschland einen neuen historischen Höchststand erreicht.

Die vorliegenden Gesetze sind zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der mit dem GSG eingeleiteten Strukturreformen in der GKV nicht geeignet. Sie bieten keine durchdachte Antwort auf den Handlungsbedarf, der sich durch die mit dem GSG eingeleitete neue wettbewerbliche Orientierung in der GKV ergibt. Dies gilt auch für den von den Koalitionsfraktionen im Deutschen Bundestag nunmehr separat eingebrachten Entwurf eines sog. GKV-Beitragsentlastungsgesetzes (BT-Drs. 13/4615). Die zentralen Fragen zur weiteren Modernisierung der GKV, zur Sicherung und Förderung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung bleiben unbeantwortet.

- Zur Ausgabensteuerung setzen Bundesregierung und Koalition auf Einnahmenbegrenzung durch faktische Beitragssatzfestschreibung, die mit erhöhten Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen zu Lasten der Versicherten verbunden wird, anstatt langfristige Ausgabenstabilisierung durch die Einführung eines Globalbudgets für die Krankenkassen zu sichern, dessen Einhaltung die Krankenkassen durch neue Möglichkeiten der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern steuern.
- In der ambulanten Versorgung erfolgt zugunsten neuer Versorgungsformen lediglich eine Öffnung für Modellversuche, die aber von den Leistungserbringern blockiert werden können, anstatt intelligente Instrumente zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, zur Förderung kooperativer Praxisstrukturen und zur flexiblen Arbeitsteilung von Ärzten und medizinischen Einrichtungen bereitzustellen.
- Im stationären Sektor werden lediglich unabgestimmte Bruchstücke mit Regelungen bis 1999 vorgelegt, anstatt in Fortführung der GSG-Übereinkunft eine Konzeption zur umfassenden Strukturreform bei Planung und Finanzierung im Krankenhaus einschließlich des Übergangs zu einer monistischen Finanzierung vorzulegen.

- Im Leistungsrecht sollen einer sozialen Krankenversicherung widersprechende Elemente wie Beitragsrückgewähr, Selbstbehalte, neue und erhöhte Zuzahlungen, Kostenerstattung, Gestaltungsleistungen und Sonderbeiträge der Versicherten ohne Arbeitgeberanteil eingeführt werden, anstatt gerade in einer Zeit der Massenarbeitslosigkeit die Grundlagen für eine sozialstaatlich orientierte Weiterentwicklung der GKV durch effiziente Gestaltung der Versorgungsstrukturen zu stärken und dauerhaft eine ausreichende gesundheitliche Versorgung für alle Versicherten zu garantieren.

Die vom Deutschen Bundestag verabschiedeten vorliegenden Gesetze bedürfen deshalb der grundlegenden Überarbeitung und inhaltlichen Neuorientierung. Nur auf diese Weise kann die GKV mittel- und langfristig stabilisiert und ihre Zukunftsfähigkeit als Eckpfeiler der sozialstaatlichen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland erhalten bleiben.

Der Bundesrat ist zu den dazu notwendigen Gesprächen mit der Bundesregierung und dem Deutschen Bundestag weiterhin bereit. Unabdingbare Voraussetzung für die Aufnahme solcher Gespräche ist indessen die Rückkehr aller Beteiligten zu dem einvernehmlich im Vermittlungsausschuß von Bundestag und Bundesrat bei den Beratungen zum Krankenhausstabilisierungsgesetz 1996 am 6. März 1996 abgesprochenen Verfahren, alle im Bereich der GKV anstehenden Gesetze als Gesamtpaket zu behandeln.