

11.12.98

G - Fz

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

**Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen
Krankenversicherung - GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz -
GKV-SolG**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 14. Sitzung am 10. Dezember 1998 aufgrund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit - Drucksache 14/157 - den von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen
Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG
- Drucksache 14/24 -**

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 04.01.99

Initiativgesetz des Bundestages

**Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung
– GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG**

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

Artikel 1

**Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch**

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

1. § 13 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Es dürfen nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95 b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. 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 und eine bestimmte Mindestzeit festzulegen, für deren Dauer die Versicherten an die Wahl der Kostenerstattung gebunden sind.“

2. § 29 wird wie folgt gefaßt:

„§ 29

Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. 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, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

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

3. § 30 wird wie folgt gefaßt:

„§ 30
Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei großen Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt.

(2) Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 einen Anteil von 50 vom Hundert der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans nach Absatz 4 Satz 3 an den Vertragszahnarzt. Satz 1

gilt nicht für im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindert sich der Anteil um 10 Prozentpunkte. Die Minderung entfällt, wenn der Gebißzustand regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchung nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben und

2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Anteil mindert sich um weitere fünf Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Wählen Versicherte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie die Leistungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen.

(4) Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 3 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen. Aufwendige Versorgungen sollen vor der Genehmigung begutachtet werden. Nach Abschluß der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten nach Absatz 1 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Im Fall einer Abrechnungsberichtigung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterrichtet die Krankenkasse die Versicherten. Die Versicherten können die Gesamtrechnung von der Krankenkasse prüfen lassen. Die Versicherten zahlen ihren Anteil für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 3 an den Vertragszahnarzt. Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen beizufügen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans und zum Verfahren der Abrechnung ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.

4. § 30a wird aufgehoben.

5. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Zahl „9“ durch die Zahl „8“, die Zahl „11“ durch die Zahl „9“ und die Zahl „13“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für Mittel, die nach Absatz 1 Satz 2 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind, tritt an die Stelle der in Satz 1 genannten Beträge ein Betrag von 8 Deutsche Mark je Verordnung.“

6. In § 35 Abs. 5 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge für Arzneimittel sollen den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Abstandes zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis der Arzneimittel der jeweiligen Vergleichsgruppe nicht übersteigen.“

7. Im Dritten Kapitel wird der Sechste Abschnitt aufgehoben.

8. In § 61 Abs. 1 wird Nummer 2 wie folgt gefaßt:

„2. bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen und“.

9. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird nach dem Semikolon wie folgt gefaßt:

„für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, entfallen die in Satz 1 genannten Zuzahlungen nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung, deren weitere Dauer der Krankenkasse jeweils spätestens vor Ablauf des zweiten Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen soweit erforderlich zu prüfen ist.“

bb) In Satz 4 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „und 2“ und nach dem Wort „zusammengerechnet“ folgende Worte eingefügt:

„mit der Maßgabe, daß die Zuzahlungen nur für denjenigen Versicherten entfallen, der wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist.“

b) Absatz 2a wird wie folgt gefaßt:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen, soweit der Anteil das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Der von den Versicherten zu tragende Anteil erhöht sich, wenn die Voraussetzungen des § 30 Abs. 2 Satz 3 nicht erfüllt sind um 10 Prozentpunkte, im Fall des § 30 Abs. 2 Satz 5 um 15 Prozentpunkte. Der von den Versicherten nach den Sätzen 1 und 2 zu tragende Anteil darf den von den Versicherten nach § 30 Abs. 2 Satz 1 zu tragenden Anteil nicht überschreiten.“

10. § 62 a wird aufgehoben.

10a. In § 63 wird Absatz 5 wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und die Wörter „Art und allgemeine Vorgaben zur“ hinter dem Komma eingefügt.
- b) Es wird folgender Satz angefügt:
„Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragspartei zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.“

10b. Dem § 75 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise können die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage der Richtlinien der Bundesausschüsse die Vertragsärzte über verordnungsfähige Leistungen und deren Preise oder Entgelte informieren sowie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen geben.“

11. entfällt

12. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Worte „, erstmals für das Jahr 1994, auf der Grundlage des nach Artikel 27 des Gesundheitsstrukturgesetzes für das Jahr 1993 festgelegten Budgets,“ gestrichen.

bb) Die Sätze 4 bis 8 werden wie folgt gefaßt:

„Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, begrenzt auf 5 vom Hundert des Budgets. Der Ausgleich muß bis zum 31. Dezember des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres abgeschlossen sein. Der übersteigende Betrag nach Satz 4 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. Unterschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das Budget nach Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungsbeitrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.“

b) In Absatz 2 Satz 1 entfallen das Wort „arztbezogen“ sowie die Kommata vor und nach den Worten „nicht versichertenbezogen“.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln.“

d) Absatz 5 wird Absatz 4; Absatz 6 wird Absatz 5.

13. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Sätze 2 bis 8 und 14 werden gestrichen.

bb) Satz 9 wird Satz 2 und wie folgt gefaßt:

„Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.“

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird.“

bb) Satz 4 wird Satz 5.

cc) Nach Satz 5 (neu) werden folgende Sätze eingefügt:

„Insbesondere kann vorgesehen werden, daß die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden.“

c) Nach Absatz 4a werden folgende Absätze angefügt:

„(4b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000

Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450.000 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550.000 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. 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 des § 32 b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 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.

(4c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen und mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4b zugrunde zu legen.

(4d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b 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 Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4e) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Honorarsparungen aus den Vergütungsminderungen nach Absatz 4b an die Krankenkassen weiterzugeben. Die Durchführung der Vergütungsminderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 1 sind den auf dem 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.

(4f) 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 4c bis 4e 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.“

14. § 87 a wird aufgehoben.

15. § 88 wird wie folgt gefasst:

„§ 88

Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

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

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahn-technischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

(3) Preise für zahn-technische Leistungen nach Absatz 1, die von einem Zahnarzt erbracht werden, haben die Preise nach Absatz 2 Satz 1 und 2 um mindestens 5 vom Hundert zu unterschreiten. Hierzu können Verträge nach § 83 abgeschlossen werden.“

16. Dem § 89 werden folgende Absätze angefügt:

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

(8) Die Innungsverbände der Zahn-techniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahn-techniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3 sowie Absatz 5 entsprechend.“

17. § 101 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„§ 85 Abs. 4 b Satz 3 und 4 gilt nicht.“

b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„§ 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht.“

18. Die Überschrift des Neunten Titels des Zweiten Abschnitts im Vierten Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Neunter Titel
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung“.

19. In § 106 Abs. 5 Satz 3 werden die Worte „Die Krankenkasse oder ihr Verband“ durch die Worte „Die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Krankenkasse oder ihr Verband“ ersetzt.

20. entfällt

21. In § 125 Abs. 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Preise dürfen sich gegenüber den am 31. Oktober 1998 geltenden Preisen im Jahr 1999 höchstens um die nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern. Die Vorhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden.“

22. In § 133 Abs. 1 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die für das Jahr 1999 vereinbarten und abgerechneten Preise dürfen sich gegenüber den am 31. Oktober 1998 geltenden Preisen höchstens um die nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern. Die Vorhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden.“

- 22 a. In § 135 Abs. 1 wird Satz 4 gestrichen.

23. In § 175 Abs. 4 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

„Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats möglich.“

24. § 221 wird aufgehoben.

25. In § 310 Abs. 1 wird Satz 2 gestrichen.

26. In § 313a Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „für die Kalenderjahre 1999 bis 2001“ durch die Angabe „ab 1999“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Neunten SGB V-Änderungsgesetzes

Das Neunte SGB V-Änderungsgesetz vom 8. Mai 1998 (BGBl. I S. 907), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), wird wie folgt geändert:

- a) Artikel 1 Nr. 2 bis 6 wird aufgehoben.
- b) In den Artikeln 2 und 3 wird die Angabe „28a.“ jeweils gestrichen.

Artikel 3

Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes

In Artikel 17 § 2 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Worte „In den Jahren 1997, 1998 und 1999“ durch die Worte „Im Jahr 1997“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des GKV-Finanzstärkungsgesetzes

Artikel 7 des Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz – GKVFG) vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Kommt ein einheitlicher Vorschlag nach Satz 2 nicht zustande, werden die Verhältniswerte für 1995 und 1996 im Jahresausgleich für 1997 korrigiert.“

- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Wird eine Korrektur nach Absatz 3 durchgeführt, kann das Bundesversicherungsamt den Jahresausgleich für das Jahr 1997 abweichend von der zeitlichen Vorgabe in § 19 Abs. 5 bis zum 28. Februar 1999 durchführen. Das Bundesversicherungsamt kann die Fälligkeit der auf die Korrektur nach Absatz 3 und nach § 3 Abs. 5 entfallenden Teile der Ausgleichszahlungen im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abweichend von § 19 Abs. 3 bestimmen.“

2. § 27 a wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 27a

Finanzkraftausgleich ab 1999“

- b) In den Sätzen 1 und 2 werden jeweils die Worte „für die Kalenderjahre 1999 bis 2001“ durch die Angabe „vom 1. Januar 1999 an“ ersetzt.“

Artikel 6

Änderung der Bundespfllegesatzverordnung

Die Bundespfllegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 4 wird gestrichen.

- b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung die Veränderungsrate nach Absatz 1, wird das Budget um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt; von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 wird eine entsprechende Berichtigungsrate vereinbart.“

2. In § 11 Abs. 8 Satz 1 wird die Angabe „und 1999“ durch die Angabe „bis 2001“ ersetzt.

3. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Zahl „1999“ durch die Zahl „2001“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Zahl „1999“ jeweils durch die Zahl „2001“ ersetzt.

- b) In Absatz 5 Satz 1 wird die Zahl „2000“ durch die Zahl „2002“ ersetzt.

4. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „und“ nach dem Komma gestrichen.

bb) In Satz 1 Nr. 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und das Wort „und“ angefügt.

cc) Folgende Nummer wird eingefügt:

„3. die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 3.“

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Kommt in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 3 und des Absatzes 2 eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Kommt im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 eine Vereinbarung für das folgende Kalenderjahr bis zum 30. September nicht zustande, setzt diese Schiedsstelle die voraussichtliche Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 fest; dabei ist eine nach § 6 Abs. 1 Satz 3 vereinbarte Berücksichtigung einer Fehlschätzung einzubeziehen.“

Artikel 7

Gesetz zur Begrenzung der Erlöse für stationäre Krankenhausleistungen im Jahr 1999

§ 1

Begrenzung von Erlössteigerungen

(1) Abweichend von dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Bundespflegesatzverordnung ist für das Jahr 1999 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Pflegesätzen zu vereinbaren. Dieser Gesamtbetrag darf nicht höher sein als die Summe aus der Berechnungsgrundlage nach § 2 für das Jahr 1998, die um die vom Bundesministerium für Gesundheit nach Artikel 18 Satz 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Beitrittsgebiet und für das übrige Bundesgebiet jeweils bekanntgemachte Veränderungsrate erhöht wird, und den Beträgen nach Absatz 3 (Obergrenze). Für die Krankenhäuser im Beitrittsgebiet ist eine Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestellten-Tarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe zusätzlich einzubeziehen.

(2) Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten Änderungen des Bundes-Angestellten-Tarifvertrags die Veränderungsrate nach Absatz 1 Satz 2, wird der Gesamtbetrag erhöht; der Gesamtbetrag, abzüglich der auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallenden Anteile, wird um ein Drittel des Unterschieds zwischen den beiden Raten berichtigt. Für den Berichtigungsbetrag gilt § 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.

(3) Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 1999 sind vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre durchzuführen, insbesondere die Ausgleichs- für im Jahr 1998 entstandene Melverlöse. Darüber hinaus sind Finanzierungsbeträge für Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Folgekosten auf Grund einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Zulassung einer besonderen Einheit zur Behandlung von Schlaganfallpatienten sowie Folgekosten zusätzlicher Kapa-

zitäten für medizinische Leistungen hinzuzurechnen, soweit diese auf Grund des Krankenhausplans oder des Investitionsprogramms des Landes erstmals für das Jahr 1999 wirksam und nicht durch einen gleichzeitigen Kapazitätsabbau ausgeglichen werden. Dies gilt auch für zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen, die für Hochschulkliniken von der nach Landesrecht zuständigen Stelle beschlossen oder genehmigt wurden, oder die bei Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Festlegungen des Versorgungsvertrags entsprechen. Folgekosten von Veränderungen nach § 6 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 der Bundespflegesatzverordnung, die für das Jahr 1998 vereinbart oder festgesetzt wurden, sind zusätzlich

einzubeziehen, soweit sie in der Berechnungsgrundlage nicht ganzjährig enthalten sind. Entsprechendes gilt für ein zugelassenes Krankenhaus (§ 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), das im Jahr 1998 erstmals in Betrieb genommen worden ist.

(4) Für das Jahr 1999 kann ein Krankenhaus das Wahlrecht zur Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung nicht erstmalig wahrnehmen. § 3 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung bleibt unberührt.

(5) Bereits für das Jahr 1999 vereinbarte oder festgesetzte Pflegesätze sind unter Zugrundelegung der Vorschriften dieses Gesetzes erforderlichenfalls anzupassen.

§ 2

Berechnungsgrundlage

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Obergrenze ist die Summe aus den Beträgen nach Abschnitt K 5 Nr. 9 Spalte 4 und Nr. 23 Spalte 4 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 3 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 1998 sowie den gesetzlich vorgeschriebenen Beträgen für die Instandhaltungspauschale (§ 17 Abs. 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und den pauschalierten Fehlbelegungsabschlag in Höhe von 1 vom Hundert (§ 17a Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 28 Abs. 3 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung); entsprechende Erlöse auf Grund von Sonderentgelten nach § 28 Abs. 2 und Modellvorhaben nach § 26 der Bundespflegesatzverordnung sind einzubeziehen.

Diese Summe ist bei Krankenhäusern, die die Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung im Jahr 1998 durchgeführt haben, um die Differenz zwischen den ausgegliederten Kosten und den entsprechenden Erlösen einschließlich der vereinbarten Zu- und Abschläge zu erhöhen. Berechnungsgrundlage bei Krankenhäusern, die keine tageseichen Pflegesätze abrechnen, ist die Erlössumme aus Fallpauschalen und Sonderentgelten einschließlich der vereinbarten Zu- und Abschläge. Erlöse aus der Behandlung von Blutern sowie außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 1999 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen.

§ 3

Erlösausgleiche

Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses sind nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung auszugleichen.

Artikel 8

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

(1) Die Krankenkassen fördern zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und in zugelassenen Krankenhäusern. Die Krankenkassen beteiligen sich vom 1. Januar 1999 bis zum 31. Dezember 2000 an den Kosten der in diesem Zeitraum besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch einen Zuschuß je Stelle im ambulanten Bereich von bis zu 2000 DM und im stationären Bereich in Höhe von 2000 DM. Dies gilt für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte nur insoweit, als die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung einen mindestens gleich hohen Zuschuß gewährt. In Krankenhäusern können nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschußt werden. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen darf im Jahre 1999 insgesamt 3 000 und im Jahre 2000 insgesamt 6 000 Stellen nicht überschreiten.

Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung und außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jeweils mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen.

(3) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 2 ist das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung anzustreben.

Artikel 9

Änderung des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

Das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Worte „sowie der nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für 1999 bestimmten“ eingefügt.

bb) In Satz 2 Nr. 2 und in Satz 3 wird die Angabe „1996“ durch die Angabe „1997“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 13 Abs. 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 13 Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.

2. Artikel 13 wird aufgehoben.

Artikel 10

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 17 und 18 Abs. 1 Buchstabe c werden aufgehoben.
2. § 31 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird gestrichen.
 - b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Worte „Abs. 1 Buchstabe c und“ sowie die Worte „Bescheinigungen und“ gestrichen.

Artikel 11

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 17 und 18 Abs. 1 Buchstabe c werden gestrichen.
2. § 31 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird gestrichen.
 - b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Abs. 1 Buchstabe c und“ sowie die Wörter „Bescheinigungen und“ gestrichen.

Artikel 12

Aufsicht zur Budgetierung 1999

(1) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1, §§ 85, 88 und 125

Fünftes Buch Sozialge-

setzbuch für das Jahr 1999 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden unverzüglich nach Abschluß vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Vereinbarungen bei einem Rechtsyerstoß 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 Verträge weiter.

(2) Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 für das Jahr 1999 sind den Aufsichtsbehörden unverzüglich nach der Entscheidung vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu 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 Beanstandung durch die Vertragspartner gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.

(3) Hat eine Kassenärztliche Vereinigung den Honorarverteilungsmaßstab bis zum 28. Februar 1999 nicht wirksam an die Vorgaben des § 85 Abs. 4 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch angepaßt, setzt das für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Landesschiedsamt den Verteilungsmaßstab bis zum 31. März 1999 fest.

Artikel 13

Ausgabenbegrenzung bei Strukturverträgen

In Verträgen nach § 73a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist das Vergütungsvolumen als Bestandteil der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) für das Jahr 1999 nach Artikel 14 dieses Gesetzes begrenzt.

Satz 1 gilt nicht für Verträge, die vor dem 30. November 1998 geschlossen worden sind.

Artikel 14

Gesamtvergütung der Vertragsärzte im Jahr 1999

(1) Die nach § 85 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen der Vertragsärzte als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden ärztlichen Leistungen dürfen sich im Jahr 1999 höchstens um die nach Artikel 18 festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern; die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1999 sind auf das entsprechend der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 1998 veränderte Vergütungsvolumen des Jahres 1997 zu beziehen. Zur Vergütung von Leistungen, die aufgrund von vor dem 30. November 1998 vereinbarten Strukturverträgen nach § 73a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden, können die Gesamtvergütungen nach Satz 1 und 2 um bis zu 0,6 vom Hundert erhöht werden. Eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen in den Jahren 1997 bis 1999 ist zu beachten. § 85 Abs. 3c Erster Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gilt nicht.

(1a) Übersteigt die nach Artikel 18 festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im früheren Bundesgebiet die entsprechende Veränderungsrate im gesamten Bundesgebiet, werden die Gesamtvergütungen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen im Beitrittsgebiet für 1999 durch Ausgleich unter den Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt um die Vergütungssumme erhöht, welche sich aus der Differenz der nach Absatz 1 vereinbarten Veränderungsrate je Mitglied im früheren Bundesgebiet und der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im gesamten Bundesgebiet ergibt. Das Nähere über den Ausgleich und die Einzelheiten des Zahlungsverkehrs bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien nach § 75 Abs. 7 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch.

(1b) Absatz 1 a gilt für Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(2) Die Gesamtvergütungen im Jahr 1999 werden um das nach Artikel 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze bestimmte, um 40 vom Hundert erhöhte, Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen erhöht.

(3) Das in der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung von den Krankenkassen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Artikel 11 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze entrichtete Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist bei der Honorarverteilung nach § 85 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nur zur Vergütung dieser Leistungen zu verwenden. Die psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und der Psychotherapeuten dürfen nicht unterschiedlich vergütet werden.

(4) Vertragsärztliche Leistungen nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ärztlichen Leistungen im Rahmen des § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen sowie vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen werden von den Krankenkassen außerhalb der nach Absatz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen vergütet.

(5) Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber Krankenkassen aus Verträgen, die im Jahr 1999 gelten, verändern sich für die das Jahr 1999 betreffende Geltungsdauer nach Maßgabe der Regelung der Absätze 1 bis 3 entsprechend.

(6) Für Leistungen nach § 85 Abs. 3a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt Absatz 1 entsprechend.

Artikel 15

Budget- und Preisregelung vertragszahnärztlicher Versorgung im Jahr 1999

(1) Für das Jahr 1999 darf in der nach § 85 Abs. 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 nicht überschreiten. Das Ausgabenvolumen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils ohne zahntechnische Leistungen, darf für das Jahr 1999 die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 abzüglich 5 vom Hundert nicht überschreiten; bei der Berechnung der Bezugsgröße sind die für das erste Halbjahr 1997 über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für kieferorthopädische Behandlungen zu verdoppeln. Eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen in den Jahren 1997 bis 1999 ist zu beachten. § 85 Abs. 3c erster Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gilt nicht. Die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 196 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung unterliegt nicht der Begrenzung nach Satz 1 bis 4. Die Vertragsparteien haben sicherzustellen, daß die jeweiligen Ausgabenvolumina gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages im Rahmen der Gesamtvergütung nach Satz 2 Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Kieferorthopädie, dürfen diese die am 31. Dezember 1997 geltenden Punktwerte abzüglich 5 vom Hundert nicht überschreiten.

(2) Die nach § 88 Abs. 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden und abgerechneten Preise für zahntechnische Leistungen dürfen sich im Jahr 1999 gegenüber den am 31. Dezember 1997 geltenden Preisen höchstens um die nach Artikel 18 dieses Gesetzes festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern. Die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden.

Artikel 16

Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für 1999

- (1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für das Jahr 1999 gilt der um 7,5 vom Hundert erhöhte Betrag des Budgets für das Jahr 1996. Die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde kann die Höhe des Budgets feststellen.
- (2) Sofern das Budget für das Jahr 1996 nicht vereinbart oder verbindlich festgestellt worden ist, stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde das Budget bis zum 31. Januar 1999 fest. Dabei können, ausgehend von dem nach Artikel 29 des Gesundheitsstrukturgesetzes der Höhe nach festgelegten Ausgangsbudget, die Parameter zur Budgetanpassung nach § 84 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für die Jahre bis 1996 berücksichtigt werden; soweit die dafür erforderlichen Daten nicht verfügbar sind, können Schätzungen vorgenommen werden. Eine Klage gegen die Feststellung des Budgets hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) Ausgleichsverpflichtungen für Budgetüberschreitungen gemäß § 84 Abs. 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entfallen für den Zeitraum vor Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Artikel 17

Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt

Kommen für das Jahr 1999 Vereinbarungen nach § 84 Abs. 3, § 85 Abs. 2 und 3 und § 106 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 31. März 1999 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt (§ 89 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) den Vertragsinhalt bis zum 30. Juni 1999 fest. Der Vorsitzende des Schiedsamts stellt unverzüglich nach Ablauf der Frist fest, ob die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für die Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt vorliegen. Die Vertragsparteien teilen dem Vorsitzenden des Schiedsamtes unverzüglich nach Ablauf der Frist mit, ob ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen ist.

Artikel 18

Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt für das 1. bis 4. Quartal 1998 die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) für das gesamte Bundesgebiet sowie getrennt für das Beitrittsgebiet und das frühere Bundesgebiet fest.

Grundlage sind die vorläufigen Rechnungsergebnisse auf Basis der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse nach § 10 der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (Statistik nach dem Vordruck KV 45) (BAnz. Nr. 7/84 S. 289) für die Jahre 1997 und 1998. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die Veränderungsrate bis zum 5. März 1999 bekannt. Die Bekanntmachung wird im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Artikel 19 Sonderkündigungsrecht

Versicherungspflichtige und ihre versicherten Familienangehörigen, die auf Grund ihrer Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung eine private Zusatzversicherung zur Abdeckung der Differenz zwischen Kassenanteil und der nach der Gebührenordnung für Ärzte erstellten Arztrechnung abgeschlossen hatten, können den Vertrag mit sofortiger Wirkung zum Ende des Monats, in dem die Kündigung dem Versicherer zugeht, kündigen. Entsprechendes gilt für nach 1978 geborene Versicherte, die 1997 und 1998 keinen Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hatten.

Artikel 19a Änderung des KVLG 1989

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 38 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
 - b) Absätze 2 bis 4 werden gestrichen.
2. In § 48 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „sowie nach § 56 Abs. 4 Satz 1 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 19b Ende der laufenden Wahlperiode der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen / Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Soweit die laufenden Wahlperioden und die Amtsdauer der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen

Vereinigungen vor dem 31. Dezember 2000 enden, verlängern sie sich bis zu diesem Zeitpunkt.

Artikel 19 c

Gebührenordnung für Zahnärzte

(1) Die Vergütung für Leistungen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 1999 an erbracht werden, beträgt 86 vom Hundert der nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte bemessenen Gebühr.

(2) Die nach Absatz 1 vorgeschriebene Höhe der Vergütung kann auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 19 d

Änderung der Betäubungsmittel- Verschreibungsverordnung

In § 18 Abs. 1 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 23. Juni 1998 (BGBl. I S. 1510), wird die Angabe "1. Januar 1999" durch die Angabe "1. Januar 2000" ersetzt.

Artikel 20 Übergangsregelung

(1) Nach Inkrafttreten dieses Gesetzes behalten diejenigen Versicherten, die nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden

Fassung rechtswirksam Kostenerstattung gewählt hatten und die für eine vor dem 1. Januar 1999 begonnene, jedoch noch nicht abgeschlossene Behandlung mit einem Vertragsarzt (Vertragszahnarzt) einen privatärztlichen Vertrag geschlossen haben, ihren Anspruch auf Kostenerstattung für diese Behandlung. Satz 1 gilt entsprechend für die Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern. Der Anspruch besteht nicht mehr für Leistungen, die nach dem 31. März 1999 erbracht werden.

(2) Satzungsbestimmungen, die Krankenkassen auf Grund des § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen haben, werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes unwirksam. Satzungsbestimmungen, die Krankenkassen auf Grund der §§ 54 bis 56 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen haben, werden spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 1999 unwirksam.

(3) Der am 31. Dezember 1997 geltende einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche prothetische Leistungen und die zu diesem Zeitpunkt für diese Leistungen geltenden Gesamtverträge treten wieder in Kraft. Die am 31. Dezember 1997 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden bis zum Abschluß von Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 1999 um 10 vom Hundert abgesenkt. Das am 31. Dezember 1997 geltende bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis zahntechnischer Leistungen sowie die zu diesem Zeitpunkt geltenden Vergütungsregelungen für zahntechnische Leistungen treten ebenfalls wieder in Kraft.

(4) Versicherte, für deren Versorgung mit Zahnersatz vor dem 1. Januar 1999 ein Heil- und Kostenplan erstellt ist, haben nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Anspruch auf einen Festzuschuß nach dem am 31. Dezember 1998 geltenden Recht. Bei der kieferorthopädischen Versorgung gilt § 29 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einschließlich der Folgen für die Abrechnung als Sachleistung auch für bereits vor dem 1. Januar 1999 begonnene Behandlungen.

Artikel 21

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 5, 6, 10, 11 und 19d beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 22

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft.

(1a) Artikel 5 Nr. 1 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1999 in Kraft.

(3) Mit Inkrafttreten des Artikels 19 c tritt § 2 der Vierten Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 27. September 1996 (BGBl. I S. 1488) außer Kraft.

18.12.98**Beschluß
des Bundesrates**

**Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen
Krankenversicherung - GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG**

Der Bundesrat hat in seiner 733. Sitzung am 18. Dezember 1998 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 10. Dezember 1998 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 84 Abs. 1 des Grundgesetzes zuzustimmen.

Der Bundesrat hat ferner die nachstehende EntschlieÙung gefaÙt:

- a) Der Bundesrat unterstützt nachdrücklich die zentralen Anliegen des vorliegenden Gesetzes, zu den Grundprinzipien einer solidarisch finanzierten, paritätischen sozialen Krankenversicherung zurückzukehren, die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kurzfristig zu stabilisieren und damit die Voraussetzungen für eine grundlegende Strukturreform in der GKV zum Jahr 2000 zu schaffen. Er begrüÙt, daÙ damit - wie von ihm in der Vergangenheit wiederholt gefordert - der Weg der zunehmenden Aushöhlung der Funktionstüchtigkeit der GKV, wie er von der alten Bundesregierung in den letzten Jahren beschritten wurde, gestoppt wird.

- b) Wesentliche Elemente des Gesetzes erfüllen vom Bundesrat seit längerem nachdrücklich vertretene Forderungen. Dies gilt insbesondere für
- die Aufhebung des Kopplungsautomatismus von Beitragserhöhungen mit weiteren Zuzahlungsanhebungen,
 - die Beseitigung klassischer Elemente der privaten Versicherungswirtschaft (Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr u.a.), die die solidarischen Finanzierungsgrundlagen der GKV, namentlich die Solidarität der Gesunden mit den Kranken, tendenziell aushöhlen,
 - die Rückkehr zu qualitäts- und kostensteuernden Strukturen in der zahnmedizinischen Versorgung für alle Versicherten, unabhängig von ihrem Alter,
 - den Einstieg in eine Rückführung der überhöhten Zuzahlungen vor allem für chronisch Kranke und ältere Versicherte.
- c) Der Bundesrat weist darauf hin, daß die Finanzneutralität des Gesetzes für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 1999 gewahrt bleiben muß. Aufgrund des erreichten Beitragssatzniveaus in der GKV und seines unmittelbaren Einflusses auf das Ziel der mittelfristigen Rückführung der Lohnnebenkosten auf unter 40 % hat die Stabilität der Beitragssätze der GKV höchste Priorität.
- d) Der Bundesrat geht davon aus, daß im Rahmen der von der Bundesregierung zum 1. Januar 2000 angekündigten durchgreifenden Strukturreform in der GKV Gelegenheit bestehen wird, auf eventuelle Problemlagen, die mit dem Gesetz verbunden sein könnten, angemessen zu reagieren. Er teilt die Ziele der Strukturreform, für mehr Wettbewerb um Qualität, Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen zu sorgen. Von der zu Beginn des Jahres 2000 in Kraft tretenden Strukturreform sind ausreichend Impulse zu erwarten, um die GKV dauerhaft leistungsfähig und bezahlbar zu erhalten. Der Bundesrat wird die Ausgestaltung der Strukturreform von Beginn an konstruktiv begleiten.