Bundesrat Drucksache **609/99**

05.11.99

G - K

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 66. Sitzung am 4. November 1999 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit - Drucksache 14/1977 - den von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten

> **Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)**
> **- Drucksache 14/1245 -**

in der nachstehenden Fassung (Anlage) angenommen:

Fristablauf: 26.11.99
Initiativgesetz des Bundestages

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 1320, 53003 Bonn
Telefon: 0228/3820840, Telefax: 0228/3820844
ISSN 0720-2946

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

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. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit" die Wörter „ohne Arbeitsentgelt" eingefügt.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:
„(4a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden."

c) Folgender Absatz wird angefügt:
„(10) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluß erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt

der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages."

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

„(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, daß diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 steht die Ehe mit einer in Satz 2 genannten Person gleich."

3. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 1a werden folgende Wörter angefügt:

„wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,"

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend für Versicherungspflichtige, die Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung haben."

4. § 9 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden folgende Wörter angefügt:
„wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,"

b) In Nummer 3 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,"

5. Dem § 10 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ehegatten sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie des Erziehungsurlaubs nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren."

6. a) In § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Krankheiten" die Wörter „und von deren Verschlimmerung" eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch" durch die Wörter „Versicherte haben auch Anspruch auf" ersetzt

7. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ihrem Arbeitgeber" durch die Wörter „der Krankenkasse" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
„(2) Die Krankenkasse hat die nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu tragen, in der sie ihr im Inland entstanden wären. Der Arbeitgeber hat der Krankenkasse die Kosten, die sie nach Satz 1 nicht zu tragen hat, zu erstatten. Hierzu teilt die Krankenkasse dem Arbeitgeber die Behandlungszeit sowie die Höhe der von dem Arbeitgeber zu tragenden Kosten mit. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten."

8. § 20 wird wie folgt gefaßt:	
„§ 20 Prävention und Selbsthilfe	
(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in Satz 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik, sowie Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, der Qualitätssicherung und Dokumentation. Die Krankenkassen haben die Einhaltung der in Satz 3 genannten Anforderungen für Leistungen nach Satz 1 zu dokumentieren und zu veröffentlichen; das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich."	(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und wirken bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit; Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbaren Näheres zur Zusammenarbeit. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.
	(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Abs. 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von fünf Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe, wobei eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit **von Selbsthilfegruppen, -organisationen und** -kontaktstellen durch pauschale Zuschüsse zu ermöglichen ist. **Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von einer Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.** Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 dürfen insgesamt einen Betrag von einer Deutschen Mark für jeden ihrer Versicherten je Kalenderjahr nicht überschreiten.

(5) entfällt

9. § 21 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt."

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 4; in ihm wird das Wort „Diese" durch das Wort „Die" ersetzt.

c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

10. § 22 Abs. 4 wird aufgehoben.

11. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden das Wort „oder" durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer eingefügt:

„3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder

bb) Die bisherige Nummer 3 wird die Nummer 4.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgekur" durch die Wörter „ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Kur" durch den Halbsatz „, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen," ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuß nach Satz 2 auf bis zu 30 Deutsche Mark erhöht werden."

c) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich **nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen** in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich."

d) Folgende Absätze werden angefügt:

„(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.

(8) Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich für das jeweils folgende Kalenderjahr höchstens um die nach § 142 Abs. 8 maßgebliche Veränderungsrate verändern; § 142 Abs. **1 Satz 3 und Abs. 3** gilt entsprechend. **Der Veränderung für das Kalenderjahr 2000 sind die in Satz 1 genannten jährlichen Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1999 zugrunde zu legen.** Überschreitungen des in Satz 1 genannten Ausgabenrahmens sind mit den für das auf die Überschreitung folgende Kalenderjahr nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Ausgaben zu verrechnen. Die Überschreitung und deren Verrechnung ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich nachprüfbar darzulegen.

(9) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen."

12. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Medizinische Vorsorge für Mütter".

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur" durch das Wort „Vorsorgeleistungen" und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden."

bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur" durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1" ersetzt.

c) In Absatz 2 wird die Angabe „Satz 1 und 2" gestrichen.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Maßnahmen, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 23 Abs. 6 entsprechend."

12a § 24 b Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,"

13. In § 27 Abs. 2 werden der Nummer 2 die Wörter „sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes" angefügt, die Wörter „mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz" gestrichen und die Wörter „Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit" durch das Wort „Inanspruchnahme" ersetzt.

14. § 28 Abs. 2 Satz 9 wird wie folgt gefaßt:

„Das gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt."

15. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Überprüfung des Behandlungsverlaufs kann die Krankenkasse Zwischenbegutachtungen vornehmen lassen."

b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik sowie deren Auswertung und Verfahren zur Einhaltung der Richtlinien vorzugeben."

16. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt.

„Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen."

b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

„Aufwendige Versorgungen sollen vor der Genehmigung begutachtet werden; bei Suprakonstruktionen ist eine Begutachtung zwingend erforderlich, wobei der Krankenkasse hierfür ein die gesamte Behandlung einschließlich implantologischer Leistungen umfassender Heil- und Kostenplan vorzulegen ist."

17. § 31 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen".

17a. Nach § 33 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 33 a

Verordnungsfähige Arzneimittel

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Vorschlagsliste nach Absatz 6 eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel, aufgeführt als Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen jeweils unter Berücksichtigung der Indikationen und Darreichungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, zu erlassen. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 30. September 2001 zu erlassen. Auf Grundlage der Rechtsverordnung gibt das Bundesministerium für Gesundheit eine Fertigarzneimittelliste bekannt, die in dem datenbankgestützten Informationssystem des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zur Verfügung gestellt wird.

(2) Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 wird beim Bundesministerium für Gesundheit ein Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet, das aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle besteht.

Mitglieder der Kommission sind

1. drei medizinische Sachverständige, davon zwei aus der ärztlichen Praxis, darunter ein Hausarzt nach § 73 Abs. 1a Satz 1, und einer aus der klinischen Medizin,
2. zwei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

4. ein Sachverständiger der Phytotherapie,
5. ein Sachverständiger der Homöopathie,
6. ein Sachverständiger der anthroposophischen Medizin

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie. Die Sachverständigen und ein Stellvertreter für jede der in Satz 2 und 3 genannten Gruppen werden vom Bundesministerium für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen.

(3) Die Mitglieder der Kommission nach Absatz 2 Satz 2 und 3 und die Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt

durch Erklärung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten. Sie haben dem Bundesministerium für Gesundheit vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten und der pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenzulegen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsführung der Mitglieder der Kommission, die Geschäftsführung und das Verfahren zu bestimmen. Die Mitglieder der Kommission erhalten Ersatz der Auslagen und ein Entgelt für den Zeitaufwand.

(5) An den Sitzungen der Kommission können die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und weitere Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit teilnehmen. Die Beratungen der Kommission sind vertraulich.

(6) Das Institut erstellt auf der Grundlage der Kriterien nach Absatz 7 zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 eine Vorschlagsliste von Arzneimitteln, die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind (Vorschlagsliste). Die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie werden in einem Anhang aufgelistet. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen können in den Hauptteil der Vorschlagsliste aufgenommen werden, sofern sie den für diesen geltenden Urteilsstandards entsprechen. Die Vorschlagsliste einschließlich Anhang ist nach Anwendungsgebieten und Stoffgruppen zu ordnen. Sie kann Anwendungsgebiete von Arzneimitteln von der Verordnungsfähigkeit ausnehmen oder die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln an bestimmte medizinische Bedingungen knüpfen.

(7) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Maßnahme. Sätze 1 bis 3 gelten auch, so-

weit nach § 34 Abs. 1 eine Verordnungsfähigkeit besteht. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

(8) Das Institut kann zu seiner Beratung Sachverständige heranziehen. Die Behörden des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie sind verpflichtet, der Kommission auf Verlangen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

(9) Die Kommission beschließt die Vorschlagsliste mit mindestens sieben Stimmen. Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, den Vereinigungen zur Förderung der Belange der besonderen Therapierichtungen, den Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Vereinigungen von Patienten und Betroffenen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vorschlagsliste ist erstmalig bis zum 31. März 2001 zu beschließen.

(10) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann nach Zulassung des Arzneimittels dessen Berücksichtigung in der beschlossenen Vorschlagsliste beantragen. Soweit es sich um neu zugelassene Arzneimittel handelt, hat das Institut innerhalb eines Monats nach Antrag über dessen Aufnahme in die Vorschlagsliste zu entscheiden. Kommt eine Entscheidung innerhalb dieser Frist nicht zustande, ist das Arzneimittel in die Liste nach Absatz 1 Satz 1 aufzunehmen. Arzneimittel, die den Anforderungen nach Absatz 7 nicht oder nicht mehr entsprechen, sind aus der Vorschlagsliste herauszunehmen.

(11) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach Absatz 1 verordnungsfähig sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die

Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend."

18. § 34 wird wie folgt geändert:

a) entfällt

a) Die Absätze 2, 3 und 5 werden aufgehoben.

b) Absatz 4 wird Absatz 2, Satz 4 wird aufgehoben.

19. entfällt

20. Nach § 37 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 37 a
Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, **ärztliche oder ärztlich verordnete** Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben **nach Genehmigung durch die Krankenkasse** Anspruch auf Soziotherapie auf **der Grundlage** eines ärztlichen **Behandlungsplanes**, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfaßt im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1.	die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2.	die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3.	die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4.	die Anforderungen an den ärztlichen Behandlungsplan und an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5.	Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer."
21.	§ 40 wird wie folgt geändert:
a)	Absatz 1 wird wie folgt gefaßt: „(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen in Form einer ambulanten Rehabilitation in einer Einrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 125 a besteht."
b)	In Absatz 2 wird das Wort „Behandlung" durch das Wort „Rehabilitation" ersetzt.
c)	Absatz 3 wird wie folgt gefaßt: „(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich **nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen** in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend."

d) In Absatz 4 werden die Angabe „Absatz 2" durch die Angabe „den Absätzen 1 und 2" ersetzt und der Halbsatz „, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden," gestrichen.

e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Angabe „2" durch die Angabe „1 oder 2" und die Zahl „25" durch die Zahl „17" ersetzt.

f) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2" durch die Angabe „1 oder 2" ersetzt.

22. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Medizinische Rehabilitation für Mütter".

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „§ 27 Satz 1" durch die Angabe „§ 27 Absatz 1 Satz 1", die Wörter „Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur" durch die Wörter „Leistungen der Rehabilitation" sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden."

bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur" durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1" ersetzt.

c) In Absatz 2 wird die Angabe „Satz 1 und 2" gestrichen.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Maßnahmen, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 40 Abs. 5 entsprechend."

23. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „wird" das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „dies gilt auch für das Funktionstraining,".

bb) In Nummer 2 wird das Wort „erbringen" durch die Wörter „ganz oder teilweise erbringen oder fördern" ersetzt.

cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:

„3. Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen, wenn die **Wirksamkeit und Effizienz** der Schulungsprogramme **gegenüber der Krankenkasse** nachgewiesen ist; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,"

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

24. § 58 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:
„(2) Vom 1. Januar 2008 an werden der Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach Absatz 1 erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz hatte."

24 a. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „Abs. 2" gestrichen.

25. In § 63 Abs. 4 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5" folgende Wörter eingefügt:
„oder der Ausschuß nach § 137 c Absatz 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Absatz 1"

26. § 64 wird wie folgt geändert

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Absatz 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Absatz 2 schlie-

ßen. Sind Kassenärztliche Vereinigungen nicht Vertragspartner von Verträgen nach Satz 2, werden die Verträge im Benehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren."

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „entsprechend der Zahl" die Wörter „und der Risikostruktur" eingefügt.

27. Nach § 65 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 65 a

Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich **schriftlich** verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den mit einem Verfahren nach Satz 1 verbundenen Einsparungen. Die Krankenkasse kann die für die Berechnung der Einsparungen erforderlichen Daten mit **schriftlichem** Einverständnis des Versicherten versichertenbezogen erfassen und speichern. Sie hat zum Nachweis dieser Einsparungen geeignete Unterlagen, die sich auf den Zeitraum mindestens eines Jahres beziehen, nicht versichertenbezogen der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Spitzenverbän-

de der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zur Übermittlung der für die in Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen Daten vereinbaren. §§ 63 bis 65 gelten entsprechend."

§ 65 b
Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

(1) Die **Spitzenverbände** der Krankenkassen **fördern mit jährlich insgesamt 10 Millionen Deutsche Mark je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben** gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die **von den Spitzenverbänden** als förderungsfähig anerkannt **würden**. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend

(2) **Die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 sind von den Krankenkassen durch eine dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage aufzubringen. Das Nähere zum Verfahren der Umlagefinanzierung und zur Vergabe der Fördermittel vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.**

(3) **Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können über die Förderung nach Absatz 1 hinaus auf Landesebene Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, die sie als förderungsfähig anerkannt haben, im Rahmen von Modellvorhaben fördern. Absatz 1 Satz 2 sowie § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend..**

28. In § 66 werden das Wort „können" durch das Wort „sollen" ersetzt und folgender Satz wird angefügt:
„Das Nähere über die Voraussetzungen und den Inhalt der Unterstützung ist in den Satzungen der Krankenkassen zu regeln."

29. § 69 wird wie folgt gefaßt:

„§ 69
Anwendungsbereich

Dieses Kapitel, **§§ 63 und 64** und § 142 (Globalbudget) regeln abschlie-

ßend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse der Bundes- und Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in §§ 63, 64, 142 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen nach Satz 1 und 2 gelten im übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel und § 142 vereinbar sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind."

30. In § 70 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „und muß" die Wörter „in der fachlich gebotenen Qualität sowie" eingefügt.

31. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen und dem bisherigen Text folgende Sätze angefügt:
„Die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen ist als Obergrenze zugrunde zu legen. § 142 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt."

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

32. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt gefaßt:
„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen

1. Allgemeinärzte,
2. Kinderärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erklärt haben,
4. Ärzte, die nach § 95 Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,

teil (Hausärzte).

Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann für Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung mit deren Einverständnis eine von Satz 1 abweichende, befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Er hat Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung auf deren Antrag die Genehmigung zur Teilnahme auch an der fachärztlichen Versorgung zu erteilen. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung können bis zum 31. Dezember 2000 durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss wählen, ob sie an der haus- oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und nehmen in diesen Fällen spätestens ab dem 1. Januar 2001 an der gewählten Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen."

b) In Absatz 1b werden die Sätze 1 bis 3 wie folgt gefaßt:

„Ein Hausarzt darf mit **schriftlicher** Einwilligung des Versicherten, **die widerrufen werden kann,** bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit **schriftlicher** Einwilligung des Versicherten, **die widerrufen werden kann,** die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit **schriftlicher** Einwilligung des Versicherten, **die widerrufen werden kann,** die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach Satz 1 und 2 übermittelten Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt wor-

den sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen **schriftlicher** Einwilligung, **die widerrufen werden kann, sowie die in § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz genannten personenbezogenen Daten und Unterlagen an den Medizinischen Dienst** zu übermitteln."

c) Absatz 1c wird wie folgt gefaßt:

„(1c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere, insbesondere

1. zum Verfahren der Wahl des Hausarztes (§ 76 Abs. 3 Satz 2) und zur Dokumentation der Wahl gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenhang mit der Abrechnung bestimmter hausärztlicher Leistungen (§ 87 Abs. 2 a Satz 5),
2. über Inhalt und Umfang hausärztlichen Versorgung,
3. zu den Anforderungen an Form und Inhalt der ärztlichen Dokumentation,
4. zu Form und Inhalt und zum Verfahren der Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 b;
5. **über die Angabe auf dem Praxisschild, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen (§ 76 Abs. 3 Satz 3).**

In dem Vertrag nach Satz 1 ist auch zu bestimmen, daß ein den Versicherten behandelnder Arzt, der nicht sein Hausarzt ist, in Verbindung mit der Abrechnung seiner Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigung den Hausarzt des Versicherten benennt und die Übermittlung der Befunde an den Hausarzt dokumentiert. In den Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder mit Verbänden der Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist das Nähere über deren Pflichten nach Absatz 1 b Satz 2 zu vereinbaren; die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben hierzu Empfehlungen ab."

d) In § 73 Abs. 2 wird in Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„12. Verordnung von Sozitherapie und Erstellung eines ärztlichen Behandlungsplanes nach Maßgabe des § 37 a."

e) In § 73 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „10 und 11" durch die Angabe „10 bis 12" ersetzt.

33. § 73 a wird aufgehoben.

34. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt:

„es sei denn, es handelt sich um die Rechte von Vertragsärzten aus Verträgen nach § 140 b, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht Vertragspartner sind."

bb) Satz 2 wird Absatz 2 a und in ihm das Wort „Sie" durch die Wörter „Die Kassenärztlichen Vereinigungen" ersetzt.

b) Absatz 10 wird wie folgt gefaßt:

„(10) Im Rahmen der Sicherstellung des Notdienstes nach Absatz 1 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch mit geeigneten Krankenhäusern, an denen Notfallambulanzen bestehen, Verträge über die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes schließen. In den Verträgen ist insbesondere die Tätigkeit von Vertragsärzten in der Notfallambulanz des Krankenhauses zu ermöglichen."

35. In § 76 Abs. 3 Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben."	
36. § 77 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefaßt: „Sind in einem Land mehr als 12 000 Ärzte zugelassen und besteht am 1. Januar 2000 mehr als eine Kassenärztliche Vereinigung in diesem Land, können mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zwei Kassenärztliche Vereinigungen errichtet werden oder fortbestehen. Sind in einem Land mehr als 6 000 Zahnärzte zugelassen, gilt Satz 2 für Kassenzahnärztliche Vereinigungen entsprechend."	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: „(2) Die Durchführung der nach Absatz 1 erforderlichen Organisationsänderungen regeln die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder."	
	c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt: „(3) Die zugelassenen Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung."
	d) Absatz 6 wird aufgehoben.
	37. § 79 wird wie folgt gefaßt:
	„§ 79 Organe
	(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden als Selbstverwaltungsorgane ein Verwaltungsrat und ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.
	(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 2 000 zugelassenen

Zahnärzten kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 5 000 zugelassenen Zahnärzten auf bis zu 50 erhöht werden. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder; **einschließlich der Mitglieder nach § 80 Abs. 1 Satz 6.**

(3) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. den Haushaltsplan festzustellen,
4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. **in Fällen von Rechtsangelegenheiten der Vorstandsmitglieder die Körperschaft diesen gegenüber zu vertreten** und

Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern. In der Satzung kann der Vorstand auf bis zu fünf Mitglieder erweitert werden. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Satzung kann vorsehen, daß ein Vertragsarzt als Vorstandsmitglied seine vertragsärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang ausüben kann, soweit die Erfüllung seiner hauptamtlichen Aufgaben hierdurch nicht beeinträchtigt wird. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.

(5) Der Vorstand verwaltet die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, daß auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten können.

(6) Für die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entspre-

chend."	
38. § 79 b wird wie folgt geändert:	
a) Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Die Wörter „der Vertreterversammlung" werden durch die Wörter „dem Verwaltungsrat" ersetzt.	
bb) Das Wort „ordentlichen" wird gestrichen.	
b) In Satz 8 wird das Wort „Vertreterversammlungen" durch das Wort „Verwaltungsräte" ersetzt.	
38a. Nach § 79 b wird folgender § 79 c eingefügt: **„§ 79 c** **Beratender Fachauschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse** **Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen**	**Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung gebildet, der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Weitere beratende Fachausschüsse können gebildet werden. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind von dem Verwaltungsrat aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der Kassenärztlichen Bundesvereingung aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Das Nähere über die beratenden Fachausschüsse und ihre Zusammensetzung regelt die Satzung. § 79 b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend."**
39. § 80 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt: „(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von	

Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Das Nähere bestimmt die Satzung. Die Mitglieder jedes Verwaltungsrates wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die ihnen zustehenden Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. **Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind auch die Vorsitzenden der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen.**"

b) Absatz 1a wird aufgehoben.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Vertreterversammlung" durch die Wörter „der Verwaltungsrat" und das Wort „ihrer" durch das Wort „seiner" ersetzt.

bb) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„§ 43 Abs. 3 des Vierten Buches gilt entsprechend. Bei jeder Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist ein Vorstandsmitglied nach Satz 1 Nr. 2 auf Vorschlag der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen.""

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Selbstverwaltungsorgane" durch die Wörter „des Verwaltungsrates" und das Wort „vier" durch das Wort „sechs" ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „vierten" durch das Wort „sechsten" ersetzt.

40. § 81 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Vertreterversammlung" durch die Wörter „der Verwaltungsrat" ersetzt.

bb) In Satz 3 Nr. 3 werden die Wörter „der Vertreterversammlung" durch die Wörter „des Verwaltungsrates" ersetzt.

b) In Absatz 3 Nr. 2 werden das Wort „und" nach der Angabe „§ 92" durch ein Komma und die Angabe „§ 135 Abs. 3" durch die Angabe „§ 136 a Abs. 1 und § 136 b Abs. 1 und 2" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:
„(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit, der Hausärzte auch auf dem Gebiet der hausärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht."

41. § 83 wird wie folgt geändert:

a) „In Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)" gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben."

42. § 84 wird wie folgt gefaßt:

„§ 84
Arznei- und Heilmittelbudget

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Das Budget ist für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren. Bei der Anpassung des Budgets sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzli-

chen Leistungspflicht der Krankenkassen,

4. bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen

zu berücksichtigen. Von bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven nach Satz 3 Nr. 4 soll insbesondere dann ausgegangen werden, wenn und soweit die nach Absatz 3 erfaßten Ausgaben in dem gegenüber dem Budgetzeitraum vorvergangenen Kalenderjahr den nach Satz 7 für dieses Kalenderjahr ermittelten Referenzwert übersteigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln auf der Grundlage der nach Ab satz 3 erfaßten Ausgaben für alle Vertragsregionen und der Angaben der amtlichen Statistik KM 6 einen nach Alter und Geschlecht standardisierten durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versicherten für jede Vertragsregion. Die Standardisierung ist auf der Basis der sich aus der Statistik KM 6 ergebenden Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten für das gesamte Bundesgebiet durchzuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln aus den Ausgabenbeträgen des Drittels der Vertragsregionen mit den niedrigsten Ausgabenbeträgen den Mittelwert (Referenzwert) und geben ihn im Bundesanzeiger bekannt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die in den Sätzen 5 bis 7 genannten Aufgaben einer von ihnen gebildeten Arbeitsgemeinschaft übertragen.

(2) 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 Ausgleichsbetrag verringert sich um die nach § 106 Abs. 8 Nr. 3 vom Prüfungsausschuss für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse.** Der übersteigende Betrag nach Satz 1 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 1 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 **Absatz 1** Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungsbetrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.

(3) Die Krankenkassen erfassen die während der Geltungsdauer der Budgets nach Absatz 1 veranlaßten Ausgaben nach Absatz 2 Satz 1 nicht versichertenbezogen und übermitteln die Angaben jeweils an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Ärzte, die die Ausgaben veranlaßt haben, angehören. Die Ausgaben nach Satz 1 werden in der Weise erfaßt, daß eine Zuordnung nach Alterskategorien und Geschlechtsmerkmalen der Versicherten entsprechend der Gliederung der amtlichen Statistik KM 6 möglich ist; personenbezogene Angaben der Versicherten dürfen nicht erfaßt werden. Die Krankenkassen können Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Zusammenführung und Übermittlung der Daten beauftragen. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(4) Das Budget nach Absatz 1 gilt bis zum Inkrafttreten einer Folgevereinbarung.

(5) Der Bundesminister für Gesundheit kann das Nähere zum Verfahren der Datenerfassung nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen. Er kann ferner bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Budgets nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen."

43. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt gefaßt:

„Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Absatz 2 und aufgrund der Mehrkostenregelung nach § 28 Absatz 2 Satz 3 sowie für das zahnärztliche Honorar nach § 30 Absatz 3 Satz 1 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen."

b) Absatz 3 c wird wie folgt gefaßt:

„Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegte Zahl der Mitglieder von der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils

folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen."

c) Die Absätze 4 bis 4 f werden gestrichen.

44. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, daß unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; innerhalb der Gliederung der fachärztlichen Leistungen können weitere Untergliederungen nach Fachgruppen vorgesehen werden. Dabei sind diejenigen **spezialisierten fachärztlichen** Leistungen festzulegen, die nur **auf Überweisung eines nicht entsprechend spezialisierten Vertragsarztes** abgerechnet werden dürfen. **Ferner sind diejenigen hausärztlichen Leistungen festzulegen,** die von einem an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nur abgerechnet werden dürfen, wenn eine Bestätigung des Versicherten über die Wahl dieses Arztes als Hausarzt nach § 76 Abs. 3 Satz 2 seinen Abrechnungsunterlagen beigefügt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, daß die Abrechnung dieser Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt."

bb) Sätze 4 (alt) und 5 (alt) werden gestrichen; Sätze 6 bis 8 (alt) werden Sätze 8 bis 10."

b) Nach Absatz 2 b werden folgende Absätze angefügt:

„(2 c) Die Bewertung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ist bis zum 31. Dezember 2000 unter Beachtung der Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 durch Einführung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung neu zu bestimmen.

(2 d) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefaßt werden. Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 2001 nicht zustande, hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuß nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von 6 Monaten die Vereinbarung fest."

45. Nach § 87 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 87 a

Honorarverteilungsmaßstab

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei im Benehmen den mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an; dabei sind die nach Absatz 3 zu bestimmenden Kriterien zu beachten. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrundezulegen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung pro Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen,

daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. 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 Re gelleistungsvolumen 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.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Verbänden der Krankenkassen die für die **Entscheidung über die Erklärung des Benehmens** nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 2 vereinbaren das Nähere zu Art und Umfang der Daten sowie zum Verfahren der Bereitstellung der Daten erstmalig bis zum 28. Februar 2000.

(3) Der Bewertungsausschuß (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind; **er bestimmt ferner den Inhalt der nach Absatz 1 Satz 5 (neu) zu treffenden Regelungen.** Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zugrunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen.

(4) Kommt eine Entscheidung des Bewertungsausschusses nach Absatz 3 Satz 1 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet der er-

weiterte Bewertungsausschuß nach § 87 Abs. 4 bis zum 30. April 2000. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt bis zum 30. April 2000.

(5) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen 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.

(6) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen

nach dem Leistungsquartal zu erfassen, 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 5 zugrunde zu legen.

(7) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 5 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 Vertragszahnärzte und der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben die Honorareinsparungen aus den Vergütungsminderungen nach Absatz 5 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 5. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(9) 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 6 bis 8 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.

§ 87 b

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und nach § 30 Abs. 3 Satz 2 ist die Gebührenordnung für

Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zugrundelegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. **Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig.** Die Begrenzung **nach Satz 2 und 3** entfällt, wenn der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a **und der Bewertungsausschuß seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2d Satz 2** erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien und **der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses.“**	**weichende Regelungen vereinbaren, jedoch darf die Zahl von zwei Vertretern nicht unterschritten werden. Reduziert sich die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so reduziert sich die Zahl der Vertreter der Zahntechniker entsprechend.“**
45 a. In § 89 Abs. 8 werden **nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:** **„Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit; ist nur eine Kassenart betroffen, wirken der Vertreter dieser Kassenart und einer seiner Stellvertreter mit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können hiervon ab-**	46. § 92 wird wie folgt geändert:
	a) **Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:** **„Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,“**
	b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt: „(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von exter-

nem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen vorgeben, einen Beschluß zu einzelnen dem Bundesausschuß durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. Bei Nichteinhaltung der Frist faßt eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluß. Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.	(1b) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134 Abs. 2 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."
	c) In Absatz 2 werden die Sätze 3, 4 und 5 aufgehoben.
	d) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.
	e) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz eingefügt: „(7a) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

47. entfällt

„§ 92 a

Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird ein Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet, das aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle besteht.

Mitglieder der Kommission sind

1. drei medizinische Sachverständige, davon zwei aus der ärztlichen Praxis und einer aus der klinischen Medizin,
2. zwei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

4. ein Sachverständiger der Phytotherapie,
5. ein Sachverständiger der Homöopathie,
6. ein Sachverständiger der anthroposophischen Medizin

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie.

Die Sachverständigen und ein Stellvertreter für jede der in Satz 2 und 3 genannten Gruppen werden vom Bundesministerium für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen.

(2) Die Mitglieder der Kommission nach Absatz 1 Satz 3 und 4 und die Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt durch Erklärung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten. Sie haben dem Bundesministerium für Gesundheit vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten und der pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenzulegen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsführung der Mit-

glieder der Kommission, die Geschäftsführung und das Verfahren zu bestimmen. Die Mitglieder der Kommission erhalten Ersatz der Auslagen und ein Entgelt für den Zeitaufwand.

(4) An den Sitzungen der Kommission können die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und weitere Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit teilnehmen. Die Beratungen der Kommission sind vertraulich.

(5) Das Institut erstellt auf der Grundlage der Kriterien nach Absatz 6 zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 34 a eine Vorschlagsliste von Arzneimitteln, die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind (Vorschlagsliste). Die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie werden in einem Anhang aufgelistet. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen können in den Hauptteil der Vorschlagsliste aufgenommen werden, sofern sie den für diesen geltenden Urteilsstandards entsprechen. Die Vorschlagsliste einschließlich Anhang ist nach Anwendungsgebieten und Stoffgruppen zu ordnen. Sie kann Anwendungsgebiete von Arzneimitteln von der Verordnungsfähigkeit ausnehmen oder die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln an bestimmte medizinische Bedingungen knüpfen.

(6) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

(7) Das Institut kann zu seiner Beratung Sachverständige heranziehen. Die Behörden des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie sind verpflichtet, der Kommission auf Verlangen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

(8) Die Kommission beschließt die Vorschlagsliste mit mindestens sieben Stimmen. Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, den Vereinigungen zur Förderung der Belange der besonderen Therapierichtungen, den Berufsvertretungen der Ärzte und Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Industrie sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vorschlagsliste ist erstmalig bis zum 31. März 2001 zu beschließen.

(9) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann die Aufnahme eines Arzneimittels in die beschlossene Vorschlagsliste beantragen. Soweit es sich um neu zugelassene Arzneimittel handelt, hat das Institut innerhalb von drei Monaten nach der Bekanntmachung der Zulassung des Arzneimittels über dessen Aufnahme in die Vorschlagsliste zu entscheiden. Kommt eine Entscheidung innerhalb dieser Frist nicht zustande, ist das Arzneimittel bis zu einer gegenteiligen Entscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig. Arzneimittel, die den Anforderungen nach Absatz 6 nicht oder nicht mehr entsprechen, sind aus der Vorschlagsliste herauszunehmen.

(10) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach § 34 a verordnungsfähig sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(11) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34 a gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfah-

ren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34 a gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend."

48. In § 93 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten „§ 34 Abs. 1" die Worte „oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3" gestrichen.

49. In § 95 Abs. 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und der Halbsatz „oder wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist und keine nach § 79 Abs. 4 Satz 5 zulässige Tätigkeit als Vertragsarzt ausübt." eingefügt.

50. In § 95 a Abs. 2 und 3 wird jeweils das Wort „dreijährigen" durch das Wort „fünfjährigen" ersetzt.

51. In § 96 Abs. 2 wird Satz 3 aufgehoben.

52. In § 97 Abs. 2 Satz 4 wird die Angabe „5" durch die Angabe „4" und die Angabe „7" durch die Angabe „6" ersetzt.

53. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird die Angabe „§ 85 Abs. 4 b Satz 3 und 4" durch die Angabe „§ 87 a Abs. 5 Satz 3 und 4" ersetzt.

bb) In Nummer 5 wird die Angabe „§ 85 Abs. 4 b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8" durch die Angabe „§ 87 a Abs. 5 Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8" und der Punkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:

„6. Voraussetzungen, unter denen der Zulassungsausschuß eine Praxis in den Fällen des § 103 Abs. 4 schließen kann, insbesondere wenn deren Praxisumfang erheblich unter dem Durchschnitt des Praxisumfanges der

Praxen in der Fachgruppe liegt oder wenn auf Grund der besonderen lokalen Versorgungsdichte kein Versorgungsbedarf für die Praxis besteht sowie Einzelheiten des Verfahrens."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden in Nummer 2 das Komma durch das Wort „oder" ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.

bb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden **ab dem 1. Januar 2001** mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs. 2; **Absatz 4 bleibt unberührt.** Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Hausärzten und Internisten, die nach dem 31. Dezember 2000 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat; die Feststellungen sind erstmals zum Stand vom 31. Dezember **2000 bis zum 31. Januar 2001 zu treffen.** Anträge nach Satz 5 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren."

54. §102 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1 und in Satz 1 wird das Datum „1. Januar 1999" durch das Datum „1. Januar 2003" ersetzt.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen nach Absatz 1 erstellen zu lassen."

55. § 103 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet, kann der Zulassungsausschuß auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, des Landesverbandes einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Ersatzkassen die Praxis nach den Vorgaben der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen nach § 101 Abs. 1 Nr. 6 gegen eine am Verkehrswert bemessene Entschädigung schließen. Die Kosten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits, den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen andererseits zu gleichen Teilen getragen. Wird die Praxis nicht nach Satz 1 geschlossen und soll sie von einem Nachfolger weiter geführt werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in dem für die amtliche Bekanntmachung vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbung zu erstellen. Dem Zulassungsausschuß sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuß den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, eine Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Ab 1.Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze grundsätzlich nur Allgemeinärzte zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur

insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt."

56. § 106 wird wie folgt gefaßt:

„§ 106
Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Bildung gemeinsamer Prüfungsausschüsse zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Prüfungsausschüsse führen unter Beachtung der in dieser Vorschrift genannten Vorgaben die Prüfungen nach Absatz 2 durch. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind Regelungen über die Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse zu treffen; die mit der Aufgabenerfüllung der Ausschüsse verbundenen Kosten werden von den Vertragspartnern gemeinsam getragen.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach Absatz 5 (Auffälligkeitsprüfung),
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Die Höhe der Stichprobe nach Satz 1 Nr. 2 ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen; der Prüfungsausschuß kann für die Zwecke der Prüfung Gruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen bilden.

(3) Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlaßter Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen. Die Prüfungen nach Durchschnittswerten sind für den Zeitraum eines Quartals, die Prüfungen bei Überschreitung der

Richtgrößen für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen.. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen nach Absatz 5 geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt. Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auf der Grundlage der arzt- und versichertenbezogenen Daten über die erbrachten, verordneten und veranlaßten Leistungen für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, **soweit aufgrund der für die Prüfung bereitgestellten Daten dafür Veranlassung besteht,**

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien der Bundesausschüsse enthaltenen Vorgaben,
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

In die Prüfungen nach Absatz 2 sind auch die Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind.

(4) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. **Sie können über die in Absatz 2 bestimmten Prüfungsarten hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren.** In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

(5) Für die Prüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen (Absatz 2 Satz 1 Nr. 1) vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Prüfungen

bei Überschreitung der Richtgrößen werden durchgeführt, wenn die Richtgrößen um mehr als 5 vom Hundert überschritten werden und aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen ist, daß die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Bei einer Überschreitung der Richtgrößen um mehr als 15 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich aus der Überschreitung der Richtgrößen ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Richtgrößen gelten bis zum Inkrafttreten von Folgevereinbarungen.

(6) Den Prüfungsausschüssen nach Absatz 1 gehören Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. In den Vereinbarungen nach Absatz 1 ist auch die Bildung von Beschwerdeausschüssen vorzusehen; die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(7) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 2 Satz 1, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, können der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.

(8) Der Prüfungsausschuß entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind; das Prüfverfahren kann auch auf Antrag der Krankenkasse, ihres Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigung eingeleitet werden. Maßnahmen der Prüfungsausschüsse sind

1. die mündliche oder schriftliche Beratung,
2. die Festsetzung der Honorarkürzung,
3. die Festsetzung des Regresses in Bezug auf Unwirtschaftlichkeit bei verordneten oder veranlaßten Leistungen.

Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die

betroffenen Landesverbände der Krankenkassen **und Verbände der Ersatzkassen** sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 SGG).

(9) Die Absätze 1 bis 8 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen; § 106a gilt entsprechend.

(10) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, auf Verlangen des Prüfungsausschusses die für die Prüfungen erforderlichen Unterlagen einschließlich der Befunde, **Fremdbefunde** und Dokumentationen vorzulegen und auf Vorladung des Prüfungsausschusses zu Beratungsmaßnahmen oder Ausschußsitzungen zu erscheinen, **die für Prüfung erforderlichen Unterlagen sind unverzüglich zurückzugeben, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.**

57. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106 a
Abrechnungsprüfung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen der Vertragsärzte **durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.** Insbesondere sind Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistungen unter Plausibilitätsaspekten auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs für die abgerechneten Leistungen vorsehen. Die Annahmen zum Zeitbedarf für die Erbringung der Leistungen können auf der Grundlage von Schätzungen des bei sachgerechter Erbringung der Leistungen nicht unterschreitbaren Zeitaufwands bestimmt werden. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind den Prüfungsausschüssen nach § 106 zur Verfügung zu stellen und in die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 einzubeziehen.

(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind

verpflichtet, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung die für die Prüfung nach Absatz 1 erforderlichen Befunde, **Fremdbefunde** und sonstigen Unterlagen vorzulegen; **die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen sind unverzüglich zurückzugeben, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.**

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 sind bis zum 31. März 2000 zu treffen. Soweit die Vereinbarungen bis zu diesem Zeitpunkt nicht oder nicht vollständig zustande gekommen sind, wird der Vertragsinhalt durch das Schiedsamt bestimmt; die Vertragspartner teilen dem Vorsitzenden des Schiedsamtes unverzüglich nach Ablauf dieser Frist mit, ob die Vereinbarungen zustande gekommen sind."

58. § 108 wird wie folgt gefaßt:

„§ 108
Zugelassene Krankenhäuser

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

1. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben,
2. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes und
3. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2003 in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind."

59. § 109 wird wie folgt gefaßt:

„§ 109
Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 1 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrages. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2003 in ei-

nen Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgenommen sind, gelten bis zu einer Kündigung nach § 110 als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den Trägern der nach § 108 Nummer 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser **erstmalig** bis zum 31. Dezember 2003 die Leistungsstruktur des Krankenhauses und die Aufgabenstellung zur Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 109 a. Änderungen des Versorgungsauftrages, der Leistungsstruktur oder der Bettenzahl werden durch die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbart oder im Wege der Teilkündigung nach § 110 bewirkt. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach§ 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

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

Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben nach § 109 a für eine Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben Abschluß, Änderung und Ablehnung von Versorgungsverträgen der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann den Abschluß, die Änderung und die Ablehnung eines Versorgungsvertrages beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109 a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind. Der Versorgungsvertrag und die Änderung eines Versorgungsvertrages werden wirksam, wenn die zuständige Lan-

desbehörde innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Beanstandung des Abschlusses und der Änderung eines Versorgungsvertrages und gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Beanstandet die Landesbehörde die Ablehnung eines Versorgungsvertrages und helfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Beanstandung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Beanstandung nicht ab, kann die Landesbehörde den Versorgungsvertrag für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen abschließen; gegen den Abschluß eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. **Über Klagen gegen eine von der Landesbehörde erhobene Beanstandung des Abschlusses oder der Änderung eines Versorgungsvertrages sowie den Abschluss eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde entscheiden die Landessozialgerichte im ersten Rechtszug.**

(4) Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Durch den Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus in dem vereinbarten oder festgelegten Umfang zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuches Verhandlungen über Vergütungsvereinbarungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen."

60. Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 109 a

Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

Als Grundlage für den Abschluß, die Änderung und die Kündigung von Versorgungsverträgen beschließt die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Ver-

sorgungsverträge, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung fortzuschreiben sind. Die Rahmenvorgaben beinhalten insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen, die bezogen auf die medizinischen Fallkategorien des Vergütungssystems nach § 17 c Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz darzustellen sind, sowie Aussagen zur Sicherstellung der Notfallversorgung und Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbehandlung; sie haben auch die Versorgung von Patienten aus anderen Bundesländern zu berücksichtigen. Die Landeskrankenhausgesellschaft und weitere Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sind anzuhören. Soweit Einvernehmen nicht hergestellt wird, entscheidet die zuständige Landesbehörde. Die Rahmenvorgaben sind erstmals bis zum 30. September 2002 zu beschließen. Sie treten zum 1. Januar 2003 in Kraft. Grundlage für die erstmalige Ermittlung des Leistungsbedarfs bilden die Leistungszahlen des Jahres 2001 unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Leistungsdaten nach § 17 c. Abs. 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Beteiligten nach Satz 1 zur Ermittlung der Rahmenvorgaben bis zum 30. April 2002 zur Verfügung zu stellen."

61. § 110 wird wie folgt gefaßt:

„§ 110
Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Jede Vertragspartei kann einen Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise kündigen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 2 Satz 3 genannten Gründen unter Beachtung von Rahmenvorgaben nach § 109 a kündigen. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn der Kündigungsgrund nicht nur vorübergehend besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann die Kündigung beanstanden, wenn die Rahmenvor-

gaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109 a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind und das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach Anzeige der Kündigung eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Beanstandung einer Kündigung durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. **Über eine Klage gegen eine von der Landesbehörde erhobene Beanstandung einer Kündigung entscheidet das Landessozialgericht im ersten Rechtszug.**"

62. § 111 a Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird gestrichen.

b) In Nummer 6 wird folgender Halbsatz angefügt:
„soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137 d betroffen ist,"

63. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
„Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung"

b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses sowie die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch von ihnen bestellte Prüfer untersuchen lassen; mit der Prüfung der Qualität kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt werden. Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden."

c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
„Die nach Absatz 1 bestellten Prüfer sind befugt, Stichproben von akuten und abge-

schlossenen Fällen zu erheben. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten (Abteilungen) oder bestimmte Diagnosen, **Prozeduren und Entgelte** beziehen. Die Krankenhäuser haben den nach Absatz 1 bestellten Prüfern die hierfür erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Prüfer sind befugt, zu diesem Zweck die Räume der Krankenhäuser zu betreten. Sie haben den Vertragspartnern und dem Krankenhausträger nicht versichertenbezogen mitzuteilen, welche Erkenntnisse sie gewonnen haben. Die Ergebnisse der Prüfung verschiedener Krankenhäuser können für Zwecke des § 5 Bundespflegesatzverordnung zusammengeführt werden."

d) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 83 Abs. 2, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136" durch die Angabe „§ 106 Abs. 2 und 4, § 106 a und § 136 a Abs. 2" ersetzt.

64. In § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 werden der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch ein Komma ersetzt.

65. § 115 a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam können mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbaren; sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend."

b) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „6" durch die Angabe „9" ersetzt.

66. § 115 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und

3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die nur mit Zustimmung der Krankenkasse stationär durchgeführt werden dürfen, und Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine Zustimmung nicht erforderlich ist. Wird ein gemäß Satz 2 gesondert benannter Eingriff stationär durchgeführt, obwohl eine Zustimmung der Krankenkasse nicht vorliegt und erklärt sich diese auch nicht nachträglich zur Kostenübernahme bereit, **ist der Anspruch auf Vergütung der Höhe nach auf die Vergütung bei ambulanter Durchführung des Eingriffs begrenzt.** In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 und die Richtlinien nach § 136 a Abs. 1 und § 136 b Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen sowie die Voraussetzungen und die Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze zu bestimmen, nach denen Abschläge von der Vergütung bei Krankenhäusern und Vertragsärzten vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten."

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Operationen" die Wörter „und stationserset-

zenden Eingriffe" eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das erweiterte Bundesschiedsamt (§ 116 a Abs. 3) festgesetzt. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend."

67. Nach § 116 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 116 a
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Krankenhäuser mit qualifizierten Krankenhausärzten sind auf Überweisung eines Vertragsarztes für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß dem Katalog nach Satz 2 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt, soweit und solange die regionale Versorgung nicht durch qualifizierte Vertragsärzte sichergestellt ist; für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend. Ein Katalog der ambulant zu erbringenden hochspezialisierten Leistungen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Das ermächtigte Krankenhaus hat unter Bezeichnung der hochspezialisierten Leistungen seine beabsichtigte Tätigkeitsaufnahme der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber anzuzeigen. Es darf die Behandlung erst aufnehmen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung nicht innerhalb von vier Wochen nach der Anzeige der Ermächtigung widersprochen hat. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung, entscheidet der Zulassungsausschuß auf Antrag des Krankenhauses, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ermächtigung vorliegen; bei Stimmengleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt. Bei Anrufung des Berufungsausschusses findet § 96 Abs. 4 Satz 2 keine Anwendung. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung dem Fortbestand der Ermächtigung, gilt Satz 5 und 6 entsprechend.

(2) Die ermächtigten Krankenhäuser haben sicherzustellen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen gegenüber nachzuweisen, daß die vertragsärztlichen Leistungen ausschließlich durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbil-

dung erbracht werden und den in Absatz 1 Satz 1 letzter Halbsatz genannten Qualitätsanforderungen entsprechen.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder."

67a. § 118 wird wie folgt gefaßt:

„§ 118

Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen, sowie die Einzelheiten des Verfahrens. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 116 a Abs. 3 SGB V entsprechend. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend."

68. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „, Polikliniken und sonstiger" durch das Wort „und" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Leistungen der Polikliniken, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Trägern der Hochschulen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muß die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Polikliniken soll eine Abstimmung mit der Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115 a) erfolgen und mindernd berücksichtigt werden, daß die Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre erfolgt. Bei Polikliniken an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist zusätzlich ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Einrichtungen" die Wörter „, mit Ausnahme der ermächtigten Krankenhäuser nach § 116a" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre" gestrichen.

cc) In Satz 4 werden im ersten Halbsatz nach den Wörtern „wird für" die Wörter „die Polikliniken," eingefügt und im zweiten Halbsatz die Wörter „Polikliniken und" gestrichen.

69. Nach § 125 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 125 a

Versorgungsverträge mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Abs. 1 genannten ambulanten Leistungen der Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht und die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit medizinischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation einschließlich der Anschlußrehabilitation notwendig sind. Soweit dies für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne daß für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

(2) Der Versorgungsvertrag kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und den Trägern der Rehabilitationseinrichtungen zustande; er bedarf der Schriftform. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Die Vergütungen für die in § 40 Abs. 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

(4) Die in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2."

70. § 129 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:

„2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln **nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2,"**

b) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4.

71. Nach § 132 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 132 b
Versorgung mit Soziotherapie

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 a Abs. 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Die Verträge enthalten insbesondere Regelungen über die Preise und deren Abrechnung. Die Krankenkassen oder die Verbände haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam **und einheitlich in Empfehlungen** die Anforderungen an die Leistungserbringer nach Absatz 1 fest.

72. § 133 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Entgelte vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 zu beachten."

b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden die Sätze 3 bis 7.

73. Die Überschrift des Neunten Abschnitts Vierten Kapitels wird wie folgt gefaßt:

„Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung"

74. § 135 wird wie folgt geändert:	
a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“	
b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stimmen ihren Arbeitsplan und die Bewertungsergebnisse nach Satz 2 mit dem Ausschuß Krankenhaus (§ 137 c) ab.“	
c) Die Absätze 3 bis 6 werden aufgehoben.	
75. § 135 a wird aufgehoben.	
76. § 136 wird wie folgt gefaßt:	
„§ 136 Verpflichtung zur Qualitätssicherung	
(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der	Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen **verpflichtet**. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
	(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. **Zugelassene Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet,** einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.
	(3) entfällt

77. Nach § 136 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 136 a

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. **die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2,**
2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, **insbesondere aufwendiger medizintechnischer** Leistungen, und
3. **Kriterien für Qualitätsprüfungen und den Inhalt sowie Umfang der für die Qualitätsprüfungen vorzulegenden Unterlagen einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern, sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.**

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf der Grundlage der Richtlinien nach Absatz 1 die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. **§ 106 Abs. 10 gilt entsprechend.** Satz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. Über das Ergebnis der Stichprobenprüfungen sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen jährlich in anonymisierter Form zu unterrichten.

§ 136 b

Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt für die vertragszahnärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. **die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2,**

2. Kriterien für die **Indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität **aufwendiger** diagnostischer und therapeutischer Leistungen, und
3. Kriterien für Qualitätsprüfungen **und den Inhalt sowie Umfang der für die Qualitätsprüfungen** vorzulegenden Unterlagen **einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern**, sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

(2) Der Bundesausschuß hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. Mängelgutachten können zu jedem Zeitpunkt veranlaßt werden, sofern ein Verdacht auf grundlegende Behandlungsfehler besteht. § 195 BGB bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen und Anreize für die Erreichung bestimmter Gesundheitsziele können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekanntmachen.

(3) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist zu einer umfassenden und systematischen Durchführung der Qualitätssicherung verpflichtet. Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Krankenkassen haben bei nachgewiesenen Einsparungen aufgrund von Qualitätssicherungsmaßnahmen die Kassenzahnärztliche

Vereinigung an den Einsparungen zu beteiligen; sie können dafür auch Rückflüsse aus der Degressionsregelung (§ 87 a) verwenden. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die entsprechenden Mittel zur weiteren Verbesserung der Qualitätssicherung zu verwenden.	Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere 1. die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 **sowie** die grundsätzlichen Anforderungen an **ein** einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, 2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, **insbesondere** aufwendiger medizintechnischer Leistungen, **und die Dokumentation** der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse, 3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und 4. Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.
(4) § 136 a Abs. 2 gilt entsprechend."	
78. § 137 wird wie folgt gefaßt:	
„§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern	
(1)) Die Spitzenverbände der Krankenkassen **und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer** sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung **für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser.** Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.	

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Die Verträge nach § 112 Abs. 1 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen. Soweit die Qualitätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Abschluß von Vereinbarungen nach Absatz 1 fort. **Für das Prüfungsverfahren bei Krankenhäusern gilt § 113.**

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 kommen durch Mehrheitsentscheidung der Vereinbarungspartner zustande. Die Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse sind an dem Vertragsschluß mit drei Vertretern, die Ersatzkassen mit zwei Vertretern, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft mit je einem Vertreter, **der Verband der privaten Krankenversicherung mit einem Vertreter,** die Krankenhäuser mit **zehn** Vertretern beteiligt. Kommt in einem Vereinbarungsverfahren eine Mehrheitsentscheidung nicht zustande, wird auf Verlangen von mindestens drei Beteiligten nach Satz 2 ein weiterer stimmberechtigter unparteiischer Beteiligter hinzugezogen. Die Vertreter der Krankenkassen **und des Verbandes der privaten Krankenversicherung** gemeinsam sowie die Vertreter der Krankenhäuser gemeinsam haben jeweils das Vorschlagsrecht für den unparteiischen Beteiligten. Kommt eine Einigung über den unparteiischen Beteiligten nicht zustande, wird er durch Los bestimmt."

79. **§ 137a wird aufgehoben**

80. § 137 b wird wie folgt gefaßt:

„§ 137 b

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kas-

senärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen, **der Verband der privaten Krankenversicherung** und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft. Diese hat hierzu den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Sie erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung. Der Arbeitsgemeinschaft sind von ihren Mitgliedern vertragliche Vereinbarungen über die Qualität und die Qualitätssicherung auf Bundes - oder Landesebene vorzulegen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Arbeitsgemeinschaft weitere Organisationen, soweit deren Belange berührt sind, sowie Vertreter der Patienten hinzuziehen."

81. Nach § 137 b werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 137 c

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, **die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen** und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, daß die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden; die

Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt. Die Beteiligten nach Satz 1 stimmen Arbeitsplan und Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und die Überprüfung der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesausschüssen ab.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 bilden einen Ausschuß Krankenhaus. Der Ausschuß besteht aus drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser, vier Vertretern der Bundesärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. **Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 berufen.** § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit.

§ 137 d

Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Für stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam **und einheitlich mit den** für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

(2) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Re-

habilitationsmaßnahmen nach den §§ 23 Abs. 2 oder 40 Abs. 1 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam **und einheitlich**, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 und 2 regeln insbesondere

1. die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2,
2. die Anforderungen an Qualitätsprüfungen, einschließlich des Inhalts und Umfangs der vorzulegenden Untersuchungs- und Behandlungsbefunde; **dies gilt auch für vorhandene Befunde von anderen Leistungserbringern.**

In den Vereinbarungen nach Absatz 1 sind auch die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu regeln. Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicher zustellen, daß die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. Bei Vereinbarungen nach Absatz 1 ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Bei dem Abschluß von Verträgen nach § 111 sind die Vereinbarungen nach Absatz 1 und bei dem Abschluß von Verträgen nach §§ 125 Abs. 2 und 125 a Abs. 1 die Vereinbarungen nach Absatz 2 zu beachten. Die Verträge nach § 111 Abs. 2 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen; soweit die Qualitätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen. **Für das Prüfungsverfahren gilt § 113 entsprechend"**

„§ 137 e

Koordinierungsausschuß

(1) Die Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 91 Abs. 1 und den Ausschuß Krankenhaus nach § 137 c Abs. 2 bilden, mit Ausnahme der Bundesärztekammer, errichten als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuß.

(2) Der Koordinierungsausschuß setzt sich aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus, drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwei Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung zusammen. Bei den Beschlüssen nach Absatz 3 wirken an Stelle der drei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Zahnärzte fünf Vertreter der Ärzte mit. Bei den Beschlüssen über die Empfehlungen nach Absatz 4 wirken nur die Vertreter der betroffenen Organisationen mit; das Nähere über die Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses in diesen Fällen ist in der Geschäftsordnung zu regeln. Der Koordinierungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung und führt die Geschäfte der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Er stellt das für die Geschäftsführung notwendige Personal ein. Über die Verteilung der Kosten haben die Spitzenorganisationen nach Absatz 1 eine Vereinbarung zu treffen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

(3) Der Koordinierungsausschuss beschließt

1. insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann, und

2. die zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien nach Nr. 1 notwendigen Verfahren, insbesondere bezüglich der Dokumentation der Leistungserbringer.

Die Beschlüsse nach Nr. 1 und 2 sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die Vertragsärzte, mit

Ausnahme der Vertragszahnärzte, unmittelbar verbindlich. Der Koordinierungsausschuss gibt Empfehlungen für die Grundsätze zur Vergütung der Dokumentation. Zur Vorbereitung seiner Entscheidungen wird bei dem Koordinierungsausschuss eine sachverständige Stabsstelle eingerichtet, die sich externen wissenschaftlichen Sachverstands bedienen kann. § 94 gilt entsprechend. Vor der Entscheidung über die Beschlüsse nach Satz 1 ist der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(4) Der Koordinierungsausschuß gibt Empfehlungen in sonstigen sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus.

(5) Vor der Entscheidung des Koordinierungsausschusses über die Beschlüsse nach Absatz 3 Satz 1 ist den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit deren Belange berührt sind, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

(6) Die Aufsicht über den Koordinierungsausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit. § 94 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 des Zehnten Buches gilt entsprechend."

82. Nach dem Zehnten Abschnitt wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Elfter Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung

§ 140 a

Integrierte Versorgung

(1) Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach den §§ 140 b und 140 d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140 b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Die Satzung der Krankenkasse regelt das Nähere über die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten einschließlich des Verfahrens, in dem sie ihre Entscheidung über die Teilnahme zu treffen haben. Soweit die Verträge nach den §§ 140 b und 140 d die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen oder zulassen, ist hierzu die schriftliche Einwilligung der betroffenen Versicherten einzuholen. **Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 4 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung schriftlich erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.**

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden. Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen.

§ 140 b

Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen oder deren bevollmächtigte Verbände können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der aufgrund von § 140 d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. **In den Verhandlungen über den Abschluß eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der**

Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, **Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 125 a Abs. 1 besteht,** oder deren Gemeinschaf-ten,
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,

abgeschlossen werden.

(3) Krankenkassen oder deren Verbände, die nicht Vertragspartei nach Absatz 1 sind, können den Verträgen frühestens zwei Jahre nach Vertragsabschluß auch ohne Zustimmung der Vertragsparteien beitreten, es sei denn, die Vertragsparteien vereinbaren ein früheres Beitrittsrecht. Die beitretende Vertragspartei ist verpflichtet, entsprechend dem im Integrationsversorgungsvertrag festzulegenden Verteilungsschlüssel den auf sie entfallenden Anteil an den Kosten der Errichtung und der Einrichtung der integrierten Versorgung zu übernehmen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2, 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach dem Vierten Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, daß sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten

Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muß, sicherstellen. **Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach Absatz 1 und 2 dürfen 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 und der Ausschuß nach § 137 c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.**

(5) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des Vierten Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. **Wird in Folge einer Vereinbarung nach Satz 1 für das Krankenhaus ein Erlösbudget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung nicht vereinbart, sind die von den Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger in einem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.**

(6) Soweit die integrierte Versorgung die vertragsärztliche Versorgung einschließt, haben die Vertragsparteien vor Abschluß des Vertrages über die integrierte Versorgung den Vertragsentwurf der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung zuzuleiten. Die Prüfung soll sich auf Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Vertrages erstrecken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat das Ergebnis ihrer Prüfung den Vertragspartnern spätestens innerhalb einer Frist von einem Monat seit Zugang mitzuteilen. Nach Ablauf der Frist können die Vertragspartner den Vertrag abschließen

(7) Die Verträge nach Absatz 1 bedürfen der Zustimmung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, soweit Vertragsärzte Vertragspartner sind und die Kassenärztliche Vereinigung nicht Vertragspartner nach § 140 b Abs. 2 ist. Diese kann die Zustimmung innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage der Verträge nur verweigern, wenn der Integrationsversorgungsvertrag den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d widerspricht. Erteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Zustimmung nicht, können die vertragsschließenden Krankenkassen oder die vertragsschließenden Verbände zur Ersetzung der Zustimmung das Landesschiedsamt nach § 89 Abs. 2 anrufen. Dieses entscheidet innerhalb von drei Monaten.

§ 140 c
Vergütung

(1) **Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest.** Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen der einbezogenen Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren **Risikostruktur** sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien **sollen** in den Vereinbarungen berücksichtigt **werden**.

(3) Die vertragsschließenden Krankenkassen und Verbände haben die Vorgaben des § 142 Abs. 3 zum Globalbudget zu beachten. Die vertragsschließenden Krankenkassen haben ihre Landesverbände, die vertragsschließenden Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen über beabsichtigte Vertragsabschlüsse nach Absatz 1 zu unterrichten.

(4) Die Beteiligten an der integrierten

Versorgung sind verpflichtet, die zur Sicherung der Einhaltung der Budgetierung nach § 142, zur Feststellung und Vermeidung von Risikoselektionen, zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 266, zur Abrechnung der Vergütung der integrierten Versorgung und der Vergütung der Leistungserbringer in der integrierten Versorgung sowie zur Bewertung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen erforderlichen Daten arzt- und - soweit erforderlich - versichertenbezogen zu übermitteln. Das Nähere hierzu regeln die Rahmenvereinbarungen nach § 140 d in entsprechender Anwendung der §§ 294, 295, 300 bis 304.	den Vertragspartnern der Verträge nach § 140 b ermöglichen, Einzelheiten der integrierten Versorgung in Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse zu regeln. Zu vereinbaren sind insbesondere: 1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der Integrierten Versorgung; 2. Regelungen zu den Mindestanforderungen **an die Qualitätssicherung** bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags **auf der Basis der nach § 136, § 136 a Abs. 1, § 136 b Abs. 1 und 2 und § 137e Abs. 3 bestimmten Richtlinien.** Eine Zertifizierung kann in regelmäßigen Abständen vorgesehen werden, 3. Regelungen über die Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte **sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140 b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1,**
§ 140 d Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung	
(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140 a ab. Die Rahmenvereinbarungen müssen es	

3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,

4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung **sowie Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütungen,** die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab **bereinigt werden,** soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. **Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Die Rahmenvereinbarung muß Regelungen vorsehen, nach denen das Ergebnis der Anwendung der Bemessungs- und Bereinigungskriterien spätestens ein Jahr nach Abschluß der Vereinbarung über die Vergütung und Bereinigung überprüft wird.**

5. Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung unter Einschluß der Integrationsversorgung nach § 140 a und des Zahlungsausgleichs hierfür zwischen den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Trägern der Integrationsversorgung,

(2) Die Vertragspartner haben die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2000 zu treffen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

§ 140 e

Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich **mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140 a schließen, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern **Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung schließen.**

§ 140 f

Bereinigung, Ausgleiche

(1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 haben die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 140 d Abs. 1 Nr. 4 zu bereinigen. § 89 gilt.

(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben das Arznei- und Heilmittelbudget zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Budgets sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. § 89 gilt.

(3) Schließt die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nicht ein, sind die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140 b Abs. 2 im Falle einer Überschreitung des Budgets nach § 84 Abs. 1 am Ausgleich der Budgetüberschreitung entsprechend des auf die integrierte Versorgung entfallenden Anteils an der Summe der von den Krankenkassen nach § 85 gezahlten Gesamtvergütungen zu beteiligen.

§ 140 g

Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die in den nach § 140 b und in der Satzung der Krankenkasse festgelegten Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben nehmen und die Versorgungsform zu nachgewiesenen Einsparungen geführt hat. Die Krankenkasse hat die Einhaltung der Voraussetzungen für die Bonusleistung zu überprüfen. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140 b und 140 d zu regeln.

§ 140 h

Offenlegungspflichten

Die Vertragspartner nach § 140 b Abs. 2 unterrichten die Krankenkassen über

1. die Kriterien über die Aufnahme neuer Leistungserbringer in die Vertragspartnerschaft, soweit diese Kriterien nicht Gegenstand des Vertrags nach § 140 b sind, **2. Namen und Anschriften der Eigenkapitalgeber der Vertragspartner nach § 140 b Abs. 2,** **3. von Dritten erhaltene Zuwendungen."**	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. **Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter-, und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von 2 Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung."**
83. Die Überschrift des 5. Kapitels wird wie folgt gefaßt:	
„Fünftes Kapitel Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Globalbudget"	
84. **§ 141 Absatz 4 wird wie folgt geändert:**	85. § 142 wird wie folgt gefaßt:
„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie. Das Bundesministerium für Gesundheit **beruft** einen Sachverständigenrat, der die	„§ 142 Globalbudget (1) Die Krankenkasse bildet ein Volumen als Obergrenze sämtlicher jährlicher **Leistungsausgaben und Verwaltungskosten** (Globalbudget). Zur

Sicherung der Beitragssatzstabilität verändert sich das Globalbudget in dem jeweiligen Folgejahr um die nach Absatz 8 Satz 1 vom Bundesministerium für Gesundheit für den dort genannten Zeitraum festgestellte Rate für das gesamte Bundesgebiet. Übersteigt die nach Absatz 8 Satz 1 festgestellte Veränderungsrate für das Beitrittsgebiet die Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 2 diese Veränderungsraten jeweils zugrunde zulegen. Die Veränderungen der Versichertenzahl und -struktur **der Krankenkasse** sind zu berücksichtigen; **Grundlage sind die Erhebungen nach § 267 Abs. 2. Das Nähere vereinbaren die Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.**

(2) Die Berechnungsgrundlage für die Obergrenze nach Absatz 1 im Jahr 2000 **sind** die Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) für das Jahr 1998. **Diese werden je Mitglied um 2,6 vom Hundert erhöht.**. Der Betrag nach Satz 2 erhöht sich zudem um die Rate nach Absatz 8 Satz 4. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt für die Berechnung der Obergrenze im Jahr 2000 entsprechend.

(3) Für die Einhaltung der Obergrenze nach Absatz 1 sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie die Bundesverbände der Krankenkassen im Rahmen der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben verantwortlich. Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben bei den von ihnen zu schließenden Verträgen für die Einhaltung der Obergrenze nach Absatz 1 Sorge zu tragen. Verträge über Vergütungen mit Leistungserbringern, die einen höheren Ausgabenanstieg als die nach Absatz 8 festgestellte Veränderungsrate zum Inhalt haben, können vereinbart werden, wenn entsprechende Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vertraglich abgesichert **oder bereits tatsächlich erfolgt sind und entsprechende Leistungen, Leistungsverlagerungen oder Investitionen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit oder Qualität diesen Ausgabenanstieg rechtfertigen.** Die Parteien der Vergütungsverträge sind verpflichtet, Änderungen der Aufteilung der Leistungserbringung zwischen Leistungserbringern und Leistungssektoren in den Vergütungsverträgen entsprechend zu berücksichtigen. Die zuständigen Schiedsämter und Schiedsstellen haben die Vorgabe nach Satz 3 **und Absatz 1 Satz 4** besonders zu prüfen

und bei ihren Entscheidungen zu beachten. Die Verantwortlichen sind zur zeitnahen, wechselseitigen Information und zur Zusam menarbeit verpflichtet.

(4) Bei einer drohenden oder tatsächlichen Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 hat die Krankenkasse in ihrem Verantwortungsbereich unverzüglich die erforderlichen Maßnahmen zur Einhaltung der Obergrenze zu ergreifen. Eine drohende oder tatsächliche Überschreitung der Obergrenze ist dem zuständigen Landesverband oder dem zuständigen Verband der Ersatzkassen anzuzeigen. Überschreiten die auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) festgestellten Ausgaben die Obergrenze nach Absatz 1, soll die Überschreitung von der Krankenkasse in den darauffolgenden zwei Jahren in vollem Umfang ausgeglichen werden.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben bei einer drohenden oder tatsächlichen Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 ursachenbezogen in dem erforderlichen Umfang die betreffende Krankenkasse zu beraten. Sie können nach Maßgabe der Satzung konkrete Maßnahmen zur Einhaltung der Obergrenze vorgeben. Entsprechendes gilt für die Bundesverbände der Krankenkassen bei einer tatsächlichen oder drohenden Überschreitung der Summe der Obergrenzen nach Absatz 1 innerhalb des Zuständigkeitsbereichs eines Landesverbandes. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Das Nähere zur Einhaltung des Globalbudgets, insbesondere zur Beratung, zur wechselseitigen Information und Vorgabe konkreter Maßnahmen durch die Verbände sowie zum Ausgleich einer Budgetüberschreitung regeln die Krankenkassen, die Landesverbände und die Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechend ihrem Aufgabenbereich in ihren Satzungen. Die jeweiligen Satzungen der Krankenkassen und der Verbände sind aufeinander abzustimmen. Die Beschlüsse hierzu und die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 5 sind mit Wirkung bis zum 1. Juli 2000 zu treffen.

(7) Die Krankenkasse hat eine drohende oder tatsächliche Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Die Aufsichtsbehörden können auf Kosten der Krankenkasse Prüfungen durchführen lassen und sollen die Krankenkasse sowie die zuständigen Verbände zu den erforderlichen Maßnahmen veranlassen.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt jeweils bis zum 15. September eines jeden Jahres die getrennt nach gesamtem Bundesgebiet, Beitrittsgebiet und übrigem Bundesgebiet ermittelten durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied für den Zeitraum der zweiten Kalenderhälfte des Vorjahres und der ersten Kalenderhälfte des laufenden Jahres gegenüber den entsprechenden Vorjahreszeiträumen fest. Grundlage sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (KV 45). Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Die Feststellung der Veränderungsraten im Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber den entsprechenden Vorjahreszeiträumen erfolgt am Tag nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und wird im Bundesanzeiger veröffentlicht."

86. Dem § 173 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse."

87. Dem § 175 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden."

87 a. Dem § 193 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes

endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzli- cher Feiertag liegt.	
87 b . In § 210 Abs. 2 wird die Angabe „ 135 Abs. 3" durch die Angabe „136 a Abs. 1, 136 b Abs. 1	
88. In § 211 Absatz 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:	
„1a) Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6,"	
89. Dem § 212 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:	
„Die Verbände unterstützen ihre Mitglieder durch die Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der	Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie durch die Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6."
	90. In § 217 Absatz 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:
	„1a) Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen ihrer Mitglieder und deren Mitgliedskassen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6,"
	91. Nach § 219 werden folgende Paragraphen eingefügt:
	„§ 219 a Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung- Ausland
	(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland **(Verbindungsstelle).** Die Verbindungsstelle nimmt die ihr durch

über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben wahr. Sie nimmt insoweit auch Aufgaben wahr, die nach über- und zwischenstaatlichem sowie nach innerstaatlichem Recht bis zum Inkrafttreten dieser Vorschrift dem AOK-Bundesverband in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle übertragen waren. Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Information, Beratung und Aufklärung.

(2) Die Verbindungsstelle ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(3) Organe der Verbindungsstelle sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte der Verbindungsstelle. Er vertritt die Verbindungsstelle gerichtlich und außergerichtlich. **§ 31 Abs. 3 des Viertes Buches gilt entsprechend.** Das Nähere bestimmt die Satzung.

(5) Die §§ 34, 37 und 38 des Vierten Buches **sowie § 194 Abs. 1 Nr. 10** gelten entsprechend.

§ 219 b

Verwaltungsrat der Verbindungsstelle

(1) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die Betriebs- und Rechnungsführung jährlich zu prüfen und die Jahresrechnung abzunehmen,
4. den Finanzierungsanteil als Umlage nach § 219 d zu beschließen,
5. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen und zu entlasten.

(2) Die Spitzenverbände der in § 35 a Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen entsenden je ein Vor-

standsmitglied, die übrigen Spitzenverbände je ein Mitglied der Geschäftsführung in den Verwaltungsrat.	nungsgrundlage für die Umlagen sind die **Mitgliederzahlen**. Das Nähere bestimmt die Satzung.
(3) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefaßt. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.	(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die Regelungen in den §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5 und § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, 73 bis 76 Abs. 1 und 2, § 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und § 263 entsprechend.
§ 219 c Ständiger Arbeitsausschuß der Verbindungsstelle	
Die Verbindungsstelle hat einen Ständigen Arbeitsausschuß, in den jeder Spitzenverband einen Vertreter entsenden kann. Dieser berät und unterstützt den Geschäftsführer. Das Nähere bestimmt die Satzung.	(3) Die Verbindungsstelle untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit; die Aufsicht wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgeübt. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend."
§ 219 d Finanzierung und Aufsicht über die Verbindungsstelle	
(1) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch die von den Mitgliedern im Voraus zu tragenden Umlagen und die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Berech-	92. In § 229 Abs. 1 Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt: „sowie für Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen."

93. Dem § 232 wird nach Absatz 2 folgender Absatz angefügt:

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

94. In § 235 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „um" die Worte „den Zahlbetrag der **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** sowie um" eingefügt.

95. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 a wird folgender Satz angefügt:
„Satz 1 gilt auch für hinterbliebene Ehegatten der dort genannten Versicherten, wenn ihre Versicherung nach § 10 erlischt und sie der Versicherung beigetreten sind."

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
„Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend."

c) **In Absatz 4 a werden die Wörter „beruflich bedingten Auslandsaufenthalts" durch die Wörter „Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist," ersetzt.**

96. In § 251 wird nach Absatz 4 a folgender Absatz eingefügt:

„(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebil-

det werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge."	
97. In § 256 Abs. 2 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.	
98. § 257 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1)" die Wörter „oder auf Grund von § 6 Abs. 3a" eingefügt.	
b) Absatz 2 a wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt: „2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversiche-	rungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils ver-

gleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,"	pflichtet, den branchen**einheitlichen** Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen die **das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben** anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, oder die **ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versiche-**
bbb) Nach Nummer 2 werden folgende Nummern eingefügt:	
„2 a. sich ver-	

rungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,	bar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
2 b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, **sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen** unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzenden Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleich-	2 c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, **die nach allgemeinen Aufnahme-**

regeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) annehmen.

einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuß nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet."

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen."

ccc) In Nummer 5 werden nach dem Wort „betreibt" der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt:
„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in

c) In Absatz 2 b werden nach der Angabe „Nr. 2" die Angabe „und 2 a bis c", nach dem Wort „ist" die Wörter „und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt" eingefügt und folgender Satz angefügt:
„Für in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit,

Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird."

99. § 258 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Beitragszuschüsse für andere Personen"

b) In Satz 1 werden dem Wort „Bezieher" folgende Wörter vorangestellt:
„In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie".

100. entfällt

101. In § 267 Abs. 5 werden in Satz 1 die Wörter „dem Krankenschein" durch die Wörter „der Krankenversichertenkarte" und in Satz 2 die Wörter „der Krankenschein" durch die Wörter „die Krankenversichertenkarte" ersetzt.

102. Der Zweite Titel des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird aufgehoben.

103. § 275 wird wie folgt gefaßt:

„§ 275

Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände (Landesverbände und Spitzenverbände der Krankenkassen) sind, wenn es zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (§ 12) sowie der Qualität der Leistungen der Krankenkassen insbesondere

1. in der ambulanten Versorgung, einschließlich Psychotherapie und psychotherapeutische Behandlung,

2. in der vertragszahnärztlichen Versorgung, einschließlich Zahnersatz, kieferorthopädische Versorgung und über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Leistungen,
3. in der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. in der stationären Versorgung, einschließlich der Verzahnung mit der ambulanten Versorgung und der Prüfung des Leistungsspektrums und der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme,
5. für medizinische Vorsorge- und Rehablitationsmaßnahmen,
6. für die Beurteilung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens vertragsärztlicher, vertragszahnärztlicher oder stationärer Leistungen einschließlich neuer Methoden der Diagnostik, Therapie und der Versorgung nach Nummer 3,
7. für die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung,
8. bei der Versorgung mit Soziotherapie

erforderlich ist, verpflichtet, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) zu beteiligen und gutachtliche Stellungnahmen einzuholen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen den Medizinischen Dienst insbesondere für die Beratungen und Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern, für die Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse, die Beratungen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (§ 137 c), für die Prüfung der Qualitätssicherung sowie für die Prüfung der Abrechnungen der erbrachten Leistungen beteiligen. Für die Beratungen zu Verträgen über integrierte Versorgungsformen (§ 140 a) sowie zur Planung und Durchführung von Modellvorhaben können die Krankenkassen und ihre Verbände den Medizinischen Dienst beteiligen.

(2) Eine Prüfung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 hat im Einzelfall zu erfolgen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung, nach dem Krankheitsverlauf oder bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. **Eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes soll auch bei Arbeitsunfähigkeit zur Beseitigung von Zweifeln am Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit oder auf Verlangen des Arbeitgebers eingeholt werden.** Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben. **Ist eine Prüfung der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 erforderlich, kann die Krankenkasse ungeachtet eines nach § 82 abgeschlossenen Vertrages eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen.** Unterstützt eine Krankenkasse einen Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66), kann sie eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen."

(3) In geeigneten Fällen hat der Medizinische Dienst in seiner Stellungnahme im Benehmen mit dem behandelnden Arzt die Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere die Aufstellung eines Gesamtplanes nach § 5 Absatz 3 des Rehabilitations-Anglei-chungsgesetzes, bei Arbeitsunfähigkeit Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere die Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, zu empfehlen. Die Krankenkassen sollen den Medizinischen Dienst informieren, wenn sie von dem Ergebnis der Prüfung oder der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen.

(4) Das Nähere über die Begutachtung im Einzelfall nach Absatz 2 und 3 ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

(5) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(6) Versicherte können sich im Rahmen der nach Satz 2 bestimmten Beratungsfelder vom Medizinischen Dienst beraten lassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen legen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst die Beratungsfelder fest. Das Nähere über die Beratung der Versicherten und deren Zugang zum Medizinischen Dienst ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

(7) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen."

104. § 275 a wird wie folgt gefaßt:

„§ 275 a
Stationäre Versorgung

(1) Um Fehlbelegungen zu vermeiden und bestehende Fehlbelegungen zügig abzubauen, ist der Medizinische Dienst befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten (Abteilungen) oder bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Die Krankenhäuser haben dem Medizinischen Dienst die hierfür erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, zu diesem Zweck die Räume der Krankenhäuser zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse und dem Krankenhaus fallbezogen, nicht versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit er Fehlbelegungen festgestellt hat. **Die gespeicherten Sozialdaten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist.**

(2) Soweit Krankenhausleistungen nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung (Fallpauschalen und Sonderentgelte) vergütet werden, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen den Medizinischen Dienst beauftragen, die Abrechnungen unter medizinischen Aspekten zu prüfen. Absatz 1 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3) Wird der Medizinische Dienst beauftragt, die Qualität der stationären Versorgung oder der medizinischen Leistungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu prüfen, gilt Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst hat Informationen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen und die ihm insbesondere durch Anträge auf Kostenerstattung, Einzelfallprüfungen, Budgetverhandlungen oder aufgrund anderer Informationen bekannt werden, auszuwerten. Bestehen Zweifel, ob die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Voraussetzungen des § 137c Abs. 1 erfüllen, hat der Medizinische Dienst seine Auswertungen nicht versichertenbezogen an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen fasst die Auswertungen zusammmen und stellt sie den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit einer Bewertung zur Verfügung. Absatz 1 Satz 6 gilt entsprechend."

105. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert

aa) In Satz 1, erster Halbsatz werden die Worte „für die Modellvorhaben nach" gestrichen. In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Angaben „1 bis 3" durch die Angabe „2" ersetzt und das Wort „Sozialdaten" durch die Wörter „personenbezogene Daten, Unterlagen, einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern," ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „4" jeweils durch die Angabe „1" ersetzt.

cc) In Satz 3 wird nach der Angabe „§ 275" die Wörter „und § 275a" eingefügt.

dd) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen; wenn es nach Art, Schwere, Dauer der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, sie länger als fünf Jahre aufzubewahren, sind sie spätestens nach zehn Jahren zu löschen"

ee) Satz 6 wird wie folgt gefaßt:

„Der Medizinische Dienst darf Daten, aus denen die Art einer Erkrankung erkennbar ist, zusammen mit anderen Daten in einer gemeinsamen Datei nur speichern, wenn durch technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt ist, daß die Daten über eine Erkrankung nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen."

b)	Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: „Erfolgt eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 2, ist der Versicherte vom Medizinischen Dienst auf sein Akteneinsichtsrecht nach § 25 des Zehnten Buches hinzuweisen."
c)	In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 3a" durch die Angabe „Absatz 5" ersetzt.
d)	In Absatz 5 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1" durch die Angabe „§ 275 Absatz 2" ersetzt.

106. § 280 Abs. 1 Nr. 6 wird wie folgt gefaßt:

„6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen, zu entlasten oder seines Amtes zu entheben (§ 59 Abs. 3 des Vierten Buches)."

107. § 281 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a)	In Satz 2 werden die Wörter „ am 1. Oktober jeden Jahres" durch das Wort „jährlich" ersetzt.
b)	Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Einzelheiten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festzulegen."
c)	Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden die Sätze 4 und 5.

108. § 282 wird wie folgt gefaßt:

„§ 282
Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung durch eine Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen" zu fördern. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen kann die Spitzenverbände der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesen zugewiesenen Aufgaben beraten. Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien

1. zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
2. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Medizinischen Dien sten,
3. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und Beratung,
4. zur **Auswahl der Begutachtungsfälle und zur** Durchführung **der Begutachtungen** nach § 275 Abs. 2 **und 3,"**

5. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
6. **Qualifizierung der Gutachter,**
7. über das Verfahren der Versichertenberatung nach § 275 Abs. 4 einschließlich des Zugangs der Versicherten zur Beratung durch den Medizinischen Dienst.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bereiten die Richtlinien in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Diensten vor. Sie sind für die Medizinischen Dienste verbindlich. Im übrigen können die Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen abgeben."

109. § 284 wird wie folgt gefaßt:

„§ 284
Sozialdaten bei den Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlich zugewiesenen oder zugelassenen Aufgaben erforderlich ist. Aufgaben nach diesem Buch sind:

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheins oder der Krankenversichertenkarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Verfahren bei Kostenerstattung und in Härtefällen, die Beratung, **nach Maßgabe des § 305 Abs. 3** Aufklärung und Information der Versicherten und der Leistungserbringer,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,

6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung; **§§ 106, 136 a Abs. 2, 136 b Abs. 4 bleiben unberührt,**
10. die Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Planung und Durchführung von Modellvorhaben und Verträgen zu integrierten Versorgungsformen.

(2) Die nach Absatz 1 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten dürfen in dem jeweils erforderlichen Umfang auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbezogen gespeichert und zusammengeführt werden, soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 4, 5, 8, 9, 11 oder 12 jeweils bezeichneten Zwecke erforderlich ist, versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen auch, soweit es für die in § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, daß die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer der in Satz 1 bezeichneten Zwecke **benötigen. Die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten sind zu löschen, sobald sie für die in Satz 1 bezeichneten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Für andere Zwecke dürfen die Daten nach Absatz 1 nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch andere Rechtsvorschriften** des Sozialgesetzbuches **angeordnet oder erlaubt ist.**

(3) Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn sie aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen werden, es sei denn, daß das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. **Ein Abgleich der erhobenen Daten mit den Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 4 ist zulässig.** Widerspricht der Betroffene bei der speichernden Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Absatz 1 nicht mehr benötigt werden. Im

übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(4) Geschäftsstellenübergreifend darf eine Krankenkasse ohne schriftliches Einverständnis des Versicherten nur auf die Daten zugreifen, die zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft erforderlich sind. Darüberhinausgehende Zugriffe auf Sozialdaten des Versicherten sind nur der für diesen Versicherten zuständigen Geschäftsstelle zu ermöglichen, soweit der Versicherte nicht schriftlich diesem Zugriff durch weitere oder alle Geschäftsstellen der Krankenkasse eingewilligt hat. Die Einwilligung muss den Zweck des Zugriffs auf die Sozialdaten nach Satz 2 und die Dauer der Aufbewahrungsfrist enthalten."

110 **§ 285 wird wie folgt geändert:**

a) In Abs. 1 Nr. 6 wird die Angabe „(§ 136)" durch die Angabe „(§ 136 a Abs. 2 und § 136 b Abs. 4)" ersetzt.

b) **In Abs. 2 wird die Angabe „§ 83 Absatz 2" gestrichen und durch die Angabe „§ 106 a" ersetzt.**

c) In Absatz 4 wird das Wort „, Psychotherapeuten" gestrichen und nach dem Wort „für" das Wort „Psychotherapeuten," eingefügt.

110 a. Dem § 290 wird folgender Satz angefügt:
„Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Ausgestaltung und Struktur der Krankenversichertennummer bestimmen."

111. § 292 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird § 292; die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen.

b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

112. § 293 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen" ein Komma und die Wörter „die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen" eingefügt, und das Wort „bundeseinheitliche" wird durch die Wörter „das Institutionskennzeichen als

bundeseinheitliches" ersetzt.	
b) Dem § 293 werden folgende Absätze angefügt:	
„(4) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verwenden für jeden an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt und Zahnarzt ein bundeseinheitliches Kennzeichen (**Arzt- und Zahnarztnummer**). Die **Arzt- und Zahnarztnummer** ist so zu gestalten, daß sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, daß die Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte. Das Verzeichnis enthält den Namen, die Anschrift und die **Arzt- oder Zahnarztnummer** nach Satz 1; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Art und Aufbau der **Arzt- und Zahnarztnummer**, das Verfahren ihrer Vergabe, das Nähere zur Art ihrer gesetzlich vorgesehenen Verwendung sowie zum Verfahren der Übermittlung des Verzeichnisses und seiner Änderungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen.	
(5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein in monatlichen o-	

der kürzeren Abständen zu aktualisierendes bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken nach § 129 Abs. 1 und stellt dieses den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern **unentgeltlich** zur Verfügung. Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen **unentgeltlich** zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Anbieter von Arznei mitteln sind gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig."	a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Pflichten der Leistungserbringer, Datenannahmestellen der Krankenkassen"
	b) **Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:** **„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen, der Datenannahmestellen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenannahme- und –verarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln."**
	c) Folgende Absätze werden angefügt:
	„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden bis zum **31. Dezember 2000** zur Erfüllung der Aufgaben nach den Absätzen 3 **und 4** Datenannahmestellen; **diese sind räumlich, organisatorisch und personell von den Krankenkassen und ihren Verbänden zu trennen.**
113. § 294 wird wie folgt geändert:	

Die Datenannahme und die Pseudonymisierung sind nur durch öffentliche Stellen zulässig; hinsichtlich der Prüfungen nach Absatz 3 und der Übermittlung sowie der Aufbereitung der Daten gemäß Absatz 4 Sätze 1 und 2 bleibt § 80 SGB X unberührt. Es ist sicherzustellen, dass die in den Datenannahmestellen verarbeiteten Daten nur Befugten zugänglich sind oder an diese weitergegeben werden. Die Datenannahmestellen haben die Abrechnungs- und Leistungsdaten nach Erfüllung ihrer Aufgaben unverzüglich zu löschen. In einer Datenannahmestelle dürfen für höchstens 20 v.H. der in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen Abrechnungs- und Leistungsdaten erhoben und verarbeitet werden.

(3) Die Datenannahmestellen prüfen die ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 übermittelten Daten hinsichtlich der Zuständigkeit der Krankenkassen für den jeweils angegebenen Versicherten sowie auf sachliche Richtigkeit und Rechtmäßigkeit der Leistungsabrechnung. Zu diesem Zweck ist ihnen das Versichertenverzeichnis nach § 288 in maschinell verwertbarer Form von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen; § 286 gilt entsprechend.

(4) Die Datenannahmestellen übermitteln die Daten unverzüglich nach Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 3 den zuständigen Krankenkassen sowie den Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1, in deren Zuständigkeitsbereich die Leistungserbringer ihren Sitz haben. Vor der Übermittlung sind versichertenbezogene Daten von der Datenannahmestelle zu pseudonymisieren. Das anzuwendende Verfahren der Pseudonymisierung wird vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestimmt und den Datenannahmestellen bekanntgegeben. Soweit die Pseudonymisierung mit geheimzuhaltenden Parametern durchgeführt wird, ist deren Geheimhaltung durch technische und organisatorische Maßnahmen zu gewährleisten. Der pseudonymisierte Datensatz ist so zu gestalten, dass die Identifikation des Versicherten ausgeschlossen, aber ein bundesweit eindeutiger leistungsbereichs- und periodenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu dem Versicherten, der die Leistungen in Anspruch genom-

men hat, herstellbar ist; ferner hat der Datensatz Angaben zum Alter, Geschlecht und Versichertenstatus zu enthalten. Die Datenannahmestellen können dem jeweiligen Spitzenverband der Krankenkassen die die Versicherten von Krankenkassen seiner Kassenart betreffenden pseudonymisierten Daten zur Erfüllung der Aufgaben nach § 217 übermitteln.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Reidentifikation nach Absatz 6 in einer räumlich und organisatorisch von der Datenannahme getrennten Stelle durchgeführt wird; nur diese Stelle ist zur Reidentifikation befugt. Informationen zur Reidentifikation eines Versicherten dürfen nur Befugten zugänglich sein oder an diese weitergegeben werden.

(6) Die Reidentifikation eines Versicherten ist zulässig, wenn sie für einen der nachgenannten Zwecke erforderlich ist:

1. Prüfung der Leistungspflicht, Erbringung von Leistungen unmittelbar an den Versicherten, die Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber dem Versicherten oder die Abrechnung mit Leistungserbringern im besonderen Einzelfall (Einzelfallprüfung),
2. Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
3. Aufgaben nach Maßgabe der §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 113,
4. Beratungen nach § 305 Abs. 3,
5. Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
6. Überprüfung abgerechneter oder erbrachter Leistungen bei Verdacht auf Rechtsverstöße von Leistungserbringern oder Versicherten,
7. Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach §§ 266 und 267 im besonderen Einzelfall,
8. Durchführung von den Versicherten betreffenden Rechtsbehelfs- und Gerichtsverfahren.

Der Versichertenbezug muß gelöscht werden, sobald die in Satz 1 genannten Zwecke erfüllt sind. Eine Nutzung der versichertenbezogenen Daten für andere Zwecke ist unzulässig.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über einheitliche technische Anforderungen für die Struktur und

das Verfahren der Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Datenannahmestellen nach Absatz 2 sowie für die einheitliche Aufbereitung und Weiterleitung der Daten an die Krankenkassen und Arbeitsgemeinschaften nach § 303 a Abs. 1 einschließlich des Verfahrens der Fehlerkorrektur.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats

1. das Nähere zu den in den Absätzen 2 bis 5 getroffenen Organisations- und Verfahrensregelungen,
2. den Inhalt der Prüfungen nach Absatz 3,
3. Inhalt und Struktur des pseudonymisierten Datensatzes nach Absatz 4 sowie
4. das Nähere zu den Zwecken der Reidentifikation nach Absatz 6

bestimmen. Sofern die Datenannahmestellen nach Absatz 2 Satz 1 nicht innerhalb der gesetzten Frist gebildet werden, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats die Stellen bilden. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach Absatz 7 zu beschließenden Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinien innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Richtlinien durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats bestimmen.““

114. Nach § 294 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 294 a

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines

sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Bundesseuchengesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher von drittverursachten Gesundheitsschäden, den Krankenkassen mitzuteilen. Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen."

115. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die **Datenannahmestelle nach § 294 Abs.** 2erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden sowie in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes,
3. in den Abrechnungsunterlagen und auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation

und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. **Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt.“**	maschinell verwertbaren Datenträgern die in **Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3** genannten Angaben für jedes Quartal unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer nach § 293 Abs. 4; Überweisungs-, Notarzt- und Vertreterfälle sind kenntlich zu machen.“
b) Absatz 1a wird aufgehoben.	**d) In Absatz 2a wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „ Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.** **e) Absatz 3 wird wie folgt geändert:** **aa) In Nr. 4 werden die Wörter „Krankenkassen oder deren Verbände“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.** **bb) Nr. 5 wird gestrichen.“**
c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: „(2) Für die Abrechnung der Vergütung sowie für die in § 106 und § 303 a Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den **Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2**auf Datenbändern oder anderen	f) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben. Absatz 5 wird Absatz 4.

116. § 296 wird **aufgehoben.**	
117. § 297 wird **aufgehoben.**	
118. § 299 wird gestrichen.	
119. § 300 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 **wird wie folgt geändert:**	
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Apotheken" die Wörter „und weitere Anbieter von Arzneimitteln" eingefügt.	
bb) In Nr. 2 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" ersetzt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: „(2) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten **für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden."**	
	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 2 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" ersetzt.
	bb) Nach Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt: „3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Abs. 5."
	d) Absatz 4 wird aufgehoben.
	120. § 301 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa)	**In Satz 1 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" sowie das Wort „maschinenlesbar" durch die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern" ersetzt.**
bb)	In **Satz 1** Nummer 3 werden nach dem Wort „Begründung," die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht," angefügt.
cc)	In **Satz1** Nummer 6 werden nach dem Wort „Operationen" die Wörter „und sonstigen Prozeduren" angefügt.
dd)	**Satz 1** Nummer 7 wird wie folgt gefaßt: „7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,"
ee)	In **Satz 1** Nummer 8 werden nach dem Wort „sowie" die Wörter „Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und" eingefügt.
ff)	**Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „§ 294 a gilt entsprechend."**
b)	Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa)	**„In Satz 1 entfallen die Wörter „dem vierstelligen Schlüssel."**

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deut-schen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu ver-schlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17 c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können."

cc) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen."

dd) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung anzugeben."

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" sowie das Wort „maschinenlesbar" durch die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern" ersetzt.

bb) In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „6" durch die Angabe „8" ersetzt.	
cc) Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „Sofern bei Entlassung Arbeitsunfähigkeit besteht, erhält die Krankenkasse die Daten nach Satz 1 Nr. 5 und 6 auch dann, wenn sie nicht Kostenträger der Maßnahme ist."	
120a. In § 301a werden das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" ersetzt und hinter dem Wort „Angaben" die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern" eingefügt.	
121. § 302 wird wie folgt geändert:	
(a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Der 1. Halbsatz wird Satz 1 und wie folgt gefaßt:	
„Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 auf maschinell verwertbaren Datenträgern in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer oder die Zahnarztnummer des verordnenden Arztes oder Zahnarztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 zu übermitteln; die Verordnung des Arztes oder des Zahnarztes mit der Diagnose oder den erforderlichen Angaben über den Befund sind beizufügen."	
bb) Der 2. Halbsatz (alt) wird Satz 2.	
b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt: „Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. **Die Rechenzentren dürfen die Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden."**	

	setzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen."
c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt: **„Die Richtlinien haben auch das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln."**	
122. § 303 wird wie folgt geändert:	**b) In Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt gefaßt:** „Sie können die Vergütung bis zu einer Höhe von 90 vom Hundert entrichten, wenn zu erwarten ist, daß eine fehlende oder unzureichende Angabe der Daten nach Satz 1 innerhalb einer von ihnen zu setzenden Frist behoben wird."
a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: **„Die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4 sowie die Richtlinien nach § 302 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Vereinbarungen oder die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm ge-**	**c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:** **„(4) Die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4 sowie die Richtlinien nach § 302 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Vereinbarungen oder die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesmi-**

nisterium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen."

123. Nach § 303 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 303 a
Arbeitsgemeinschaften zur Datenaufbereitung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam bilden bis zum 31. Dezember 2000 zur Verarbeitung der Daten für die in Absatz 2 genannten Zwecke Arbeitsgemeinschaften; sie können diese Aufgaben auch bereits eingerichteten Arbeitsgemeinschaften übertragen.

(2) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 1 führen die ihnen nach § 294 Abs. 4 übermittelten Daten zusammen und bereiten sie auf zur Erstellung von Datengrundlagen für die nachgenannten Zwecke:

1. die Durchführung von Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 275a und § 113,
2. die Vereinbarung der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets nach § 84 Abs. 1 und die Erfassung der Ausgaben nach § 84 Abs. 3,
3. die Vereinbarung von Richtgrößen nach § 106 Abs. 5,
4. die Information und Beratung der Vertragsärzte nach § 305 a,
5. die Erfüllung von Steuerungsaufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der Landeskrankenhausgesellschaften und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung, der Bedarfs- und Versorgungsplanung

sowie der Vorbereitung und Durchführung der Verträge zur Vergütung der Leistungserbringer sowie der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,

6. die Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Institutionen sowie der Strukturen der medizinischen Versorgung und für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder.

(3) Die nach Absatz 2 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach § 106 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Prüfungsausschüssen nach § 106 Abs. 1 als Grundlage für Entscheidungen über die durchzuführenden Prüfungen übermittelt; sie sind mit Vorschlägen zur Durchführung der Prüfungen zu verbinden. Die nach Absatz 2 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach §§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 275a und § 113 aufbereiteten Daten werden den zuständigen Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den nach § 113 bestellten Prüfern, die für Zwecke des § 275a aufbereiteten Daten auch dem Medizinischen Dienst, übermittelt. Die nach Absatz 2 Nr. 2, 3 und 5 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten nach Absatz 2 Nr. 5 auch den Landeskrankenhausgesellschaften sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermittelt. Die nach Absatz 2 Nr. 4 aufbereiteten Daten sind den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeweils ein Kalendervierteljahr unverzüglich zu übermitteln. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere über Inhalt und Umfang der nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 jeweils zu übermittelnden Daten; soweit die Aufgaben der Landeskrankenhausgesellschaften oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berührt sind, sind entsprechende Vereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu treffen. Die Arbeitsgemeinschaften über-

mitteln die Daten nach Absatz 2 Nr. 2 für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets nach § 84 Abs. 1 an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft. Die nach Absatz 2 Nr. 6 aufbereiteten Daten werden der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen nach Absatz 4 übermittelt.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam bilden bis zum 31. Dezember 2000 eine Arbeitsgemeinschaft zur Erfüllung der in diesem Absatz genannten Aufgaben; sie können diese Aufgaben auch einer bereits eingerichteten Arbeitsgemeinschaft übertragen. Die Arbeitsgemeinschaft nach Satz 1 erstellt auf der Grundlage der nach Absatz 3 Satz 7 übermittelten Daten statistische Auswertungen für die in Absatz 2 Nr. 6 genannten Zwecke nach Maßgabe von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu beschließender Richtlinien; die Auswertungen sind auch dem Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Ministerien der Länder zu übermitteln. Die Arbeitsgemeinschaft unterstützt die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 1 bei der Erfüllung ihrer Aufgaben; sie stellt ferner die für die Entscheidungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 294 Abs. 7 erforderlichen Grundlagen bereit. Sie untersucht und bewertet die Verfahren der Datenerfassung, -übermittlung und -auswertung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, macht Vorschläge zu deren Weiterentwicklung und berichtet regelmäßig über ihre Arbeitsergebnisse; die Berichte sind auch dem Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

(5) Sofern die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 1 und 4 nicht innerhalb der gesetzten Frist gebildet werden, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die Einrichtungen bilden. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 3 zu beschließenden Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinien innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist

behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen."

§ 303 b
entfällt

124. In § 304 Absatz 1 werden in Nummer 1 die Angabe „Abs. 1", in Nummer 2 die Angabe „§ 292 Abs. 2" gestrichen und die Wörter „den §§ 297 und 299" durch die Angabe „§ 297" ersetzt.

124 a. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift lautet:

„Auskünfte an Versicherte, Beratung des Versicherten"

b) In Absatz 1 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze angefügt:

„(3) Soweit es nach der besonderen Art oder Schwere der Erkrankung oder des Krankheitsverlaufs erforderlich ist, können die Krankenkassen ihre Versicherten über zugelassene Leistungserbringer und deren Leistungen und die ihnen vorliegenden Erkenntnisse über Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung sowie über medizinische Behandlung im allgemeinen, insbesondere verschiedene Therapieformen oder Versorgungsstrukturen, informieren und beraten. Die Krankenkassen legen die Beratungsfelder fest. Nach Abschluss des Beratungsfalls oder wenn der Versicherte einer Beratung widerspricht, sind seine zum Zweck der Beratung gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen.

(4) Sozialdaten, die ein Versicherter einem Mitarbeiter einer Krankenkasse zum Zweck seiner Beratung anvertraut hat, dürfen von diesem nur weitergegeben werden, wenn der Versicherte eingewilligt hat, oder wenn Voraussetzungen vorliegen, unter denen eine der in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuchs genannten Personen dazu befugt wäre. Gibt der Mitarbeiter ihm anvertraute Sozialdaten weiter, so dürfen diese vom Empfänger nur zu dem Zweck weitergegeben werden, zu dem er diese befugt erhalten hat."

125. Nach § 305 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 305 a
Information der Vertragsärzte

(1) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände 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.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen können die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlaßten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit gemäß § 106 Abs. 3 beraten. Die Übersichten nach Satz 1 werden von der Arbeitsgemeinschaft im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 303 a Abs. 2 erstellt **die Übersichten sind unverzüglich zu löschen, sobald sie nicht mehr erforderlich sind.** Das Verfahren der Beratung **kann** von den Vertragspartnern nach § 106 Abs. 1 vereinbart **werden.**"

126. § 306 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Medizinische und psychologische Daten, die über einen Versicherten erhoben worden sind, dürfen die Krankenkassen nicht übermitteln. Daten über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit dürfen übermittelt werden."

126 a. § 309 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrags 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 auch in dem in

Artikel 3 des Einigungsvertrags genannten Gebiet."

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 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 Einigungsvertrags 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 nicht überschritten wurde."

127. § 310 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Bei der Anwendung des § 39 Abs. 4 und des § 40 Abs. 5 und 6 sind kalendertäglich 14 Deutsche Mark zu zahlen."

128. § 311 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

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

aa) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 6 und Satz 7 erster Halbsatz gelten für die Anstellung von Ärzten über die am 1. Oktober 1992 vorhandenen Fachgebiete hin-aus, sofern vor Antragsteilung keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 an-geordnet sind. **Eine Nachbesetzung ist auch möglich, wenn Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind."**

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Zulassungsausschuss hat den Antrag ei-ner Einrichtung auf Verlegung ihres Sitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztli-chen Versorgung nicht entgegenstehen."

c) In Absatz 4 Buchstabe a) wird das Wort „ordentliche" gestrichen.

128 a. In § 312 werden die Absätze 7 a und 7 b auf-gehoben.

128 b.	§ 313 Abs. 10 wird aufgehoben.

129.	§ 313 a wird wie folgt geändert:
a)	Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa)	In Satz 1 wird die Angabe „ab 1999“ durch die Angabe „für die Kalenderjahre 2001 bis 2005“ ersetzt.
bb)	Folgende Nummern werden angefügt:
„3.	Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für die Versicherten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 einschließlich Berlin getrennt zu ermitteln und zugrunde zu legen.
4.	Die Werte nach Nummer 3 sind zusätzlich für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.
5.	Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 1 genannten Gebiet sind die nach Nummer 1 ermittelten standardisierten

Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 4 und nach Nummer 1, gewichtet mit den Faktor nach Nummer 7 zu erhöhen.	4, gewichtet mit den Faktor nach Nummer 7 zu verrringern.
6. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 3 genannten Gebiet sind die nach Nummer 3 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 3 und nach Nummer	7. Der Gewichtungsfaktor beträgt im Jahr 2001 20 vom Hundert und erhöht sich bis zum Jahr 2005 jährlich um 20 Prozentpunkte.“
	b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Veränderungen der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab dem 1. Januar 2000 zurückzuführen sind (Absatz 1), dürfen nicht zu einer Veränderung der Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels, der §§ 63 und 64 und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen

Vorschriften getroffenen Regelungen über die für dieses Gebiet maßgebliche Rate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 hinaus führen. § 142 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt.""

130. Nach § 313 a wird folgender Paragraf eingefügt:

„§ 313 b

Risikostrukturausgleich im Jahr 2000

(1) Im Jahr 2000 wird der Risikostrukturausgleich (§ 266) nach § 313 Abs. 10 Buchstabe a und § 313 a mit folgender Maßgabe durchgeführt:

1. Der nach § 313 a Abs. 1 Nr. 2 ermittelte Ausgleichsbedarfssatz wird für die Krankenkassen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 um einen dem Betrag von 1,3 Milliarden Deutsche Mark entsprechenden Wert angehoben.
2. Der Betrag nach Nummer 1 wird den Krankenkassen in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrags genannten Gebiet zur Verfügung gestellt,
   a) deren Betriebsmittel (§ 260), Rücklagen (§ 261) und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen (§ 263 Abs. 1 Nr. 2 erster Halbsatz) im Saldo der Jahre 1995 bis 1998 jeweils negativ waren,
   b) deren Vermögensfehlbestand nach Buchstabe a) am 31. Dezember 1998 mindestens 0,25 Monatsausgaben betrug,
   c) deren ausgabendeckender rechnerischer Beitragssatz im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 1998 um mindestens 3 vom Hundert über dem durchschnittlichen ausgabendeckenden rechnerischen Beitragssatz aller Krankenkassen in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrags genannten Gebiets lag und
   d) deren Mitgliederzahl ohne versicherungspflichtige Rentner in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 1. Januar 1999 um mindestens 20 vom Hundert gesunken ist.
3. Das Bundesversicherungsamt teilt den Betrag nach Nummer 1 auf die nach Nummer 2 anspruchsberechtigten Krankenkassen in dem Verhältnis auf, das dem Verhältnis der Produkte des Durchschnitts der jahresdurchschnittlichen rechnerischen ausgabendeckenden Bei-

tragssätze der Jahre 1995 bis 1998 und der Höhe des Vermögensfehlbestands nach Nummer 2 Buchstabe a) am 31. Dezember 1998 der Krankenkassen zueinander entspricht.

(2) Das Bundesversicherungsamt kann bestimmen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 innerhalb einer angemessenen Frist nachzuweisen sind und dass nach Ablauf der Frist die Geltendmachung von Ansprüchen ausgeschlossen ist, wenn die Fristüberschreitung von der Krankenkasse zu vertreten ist.

(3) Der Betrag nach Absatz 1 Nr. 1 darf nur zur Tilgung bestehender Darlehensverbindlichkeiten verwendet werden. Die Krankenkassen haben ihrer Aufsichtsbehörde die zweckgerechte Mittelverwendung nach Satz 1 monatlich nachzuweisen. Bei Krankenkassen, die ihrer Nachweispflicht nach Satz 2 nicht nachkommen, ist die Zahlung auszusetzen.""

Artikel 1a

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 Artikel 1 dieses Gesetzes wird wie folgt geändert:

1. In § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „Krankenkasse" durch die Wörter „Datenannahmestelle nach § 294 Abs. 2" ersetzt.

2. § 302 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der 1. Halbsatz wie folgt gefaßt:

„Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 auf maschinell verwertbaren Datenträgern die erforderlichen Angaben über die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis, den Tag der Leistungserbringung, die Arztnummer oder die Zahnarztnummer des verordnenden Arztes oder Zahnarztes, die Verordnung des Arztes oder des Zahnarztes mit der Diagnose oder den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 zu übermitteln;"

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Richtlinien haben auch das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln.““

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 26 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.“

2. § 135 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird das Wort „und“ gestrichen.

b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach dem Komma das Wort „und“ eingefügt.

c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:

„6. für Zeiten, in denen Versicherungspflicht wegen der außerschulischen Ausbildung von nicht satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft bestand, das Entgelt, das der Beitragsberechnung zu Grunde zu legen war.“

3. § 207a Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,"

4. § 345 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,"

b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.

5. § 347 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,"

b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.

6. § 349 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die

1. in Einrichtungen für Behinderte an einer Maßnahme teilnehmen, die ihnen die Erwerbstätigkeit ermöglichen soll,
2. in Einrichtungen der Jugend-

hilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder

3. in geistlichen Genossenschaften oder ähnlichen religiösen Gemeinschaften als nicht satzungsmäßige Mitglieder für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden,

gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend."

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ..... ,wird wie folgt geändert:

1. 20 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit" die Wörter „ohne Arbeitsentgelt" eingefügt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden."

2. § 25 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Nummer 5 wie folgt gefaßt:

„5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, mindestens jedoch 630 Deutsche Mark, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt."

b) In Satz 2 wird das Wort „gilt" durch die Wörter „sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten" ersetzt.

3. Dem § 27 wird folgender Satz angefügt:

„§ 5 Abs. 10 des Fünften Buches gilt entsprechend."

3a. In § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 und § 43 Abs. 2, 3 und 5 wird die Angabe „31. Dezember 1999" durch die Angabe „31. Dezember 2001" ersetzt.

4. § 61 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 werden die Wörter „Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung" durch die Wörter „Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen" ersetzt.

b) In Absatz 6 Nr. 3 werden nach dem Wort „betreibt" folgende Wörter eingefügt:
„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuß erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet."

c) In Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:
„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen."

4 a. § 96 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Insoweit findet § 76 SGB X im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung."

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird Absatz 2. In dem neuen Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

d) Absatz 4 wird Absatz 3. In dem neuen Absatz 3 werden die Worte „Absätze 1 bis 3" durch die „Absätze 1 und 2" ersetzt.

5. § 97 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder den Verlauf der Pflegebedürftigkeit er-forderlich ist, sie länger als 5 Jahre aufzube-wahren, sind sie spätestens nach zehn Jahren zu löschen."

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
„§ 96 Abs. 3 Satz 1, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 sowie § 276 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend."

c) Satz 3 wird aufgehoben.

6. In § 110 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe g werden die Wörter „regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches" durch die Wörter „die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen" ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Die zuständige Landesbehörde stellt das Investitionsprogramm

im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf; mit den übrigen unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Soweit Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht hergestellt wird, entscheidet auf Antrag einer der Parteien die Schiedsstelle nach Absatz 3. Die Landesbehörde ist an die Entscheidung der Schiedsstelle nicht gebunden."

b) Folgende Absätze werden angefügt:

„(3) Die zuständige Landesbehörde und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden eine Schiedsstelle. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Landesbehörde und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Beteiligten bestellen den Vorsitzenden gemeinsam; kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vorsitzende durch den Präsidenten des Landessozialgerichtes berufen. § 18 a Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Entsteht in der Folge einer vom Land beanstandeten Kündigung oder Teilkündigung eines Krankenhauses gemäß § 110 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Zahlungsanspruch des Landes gegen den Krankenhausträger wegen nicht vollständig abgeschriebener Investitionen für Maßnahmen, die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 2005 bis zum 31. Dezember 2007 und im übrigen Bundesgebiet vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2007 in das Investitionsprogramm aufgenommen worden sind, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zur Zahlung verpflichtet, wenn seit der Aufnahme in das Investitionsprogramm nicht mehr als 15 Jahre vergangen sind. Der Krankenhausträger hat Veräußerungserlöse oder sonstige geldwerte Vorteile aus der Verwertung oder Nutzung des Krankenhauses an das Land

abzuführen. Die Zahlungspflicht der Krankenkassen vermindert sich um den vom Krankenhausträger an das Land abgeführten Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haften dem Land jeweils nur im Verhältnis der Zahl der Mitglieder ihrer Mitgliedskassen zueinander, die Verbände der Ersatzkassen entsprechend der Zahl der Mitglieder ihrer Mitgliedskassen mit Wohnsitz im jeweiligen Land."

2. In § 8 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und" gestrichen.

3. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „fördern" die Wörter „bis zur Zahlung über das neue Vergütungssystem nach § 17 c" eingefügt.

b)In Absatz 2 werden nach dem Wort ‚be

c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „fördern" die Wörter „bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17 c" eingefügt sowie der zweite Halbsatz aufgehoben.

d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Für die Finanzierung der Investitionen nach Absatz 3 **und der Investitionskosten der Hochschulkliniken nach § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 1** gilt ab der Einführung des neuen Vergütungssystems § 17 c Abs. 4 Satz 2. Im Jahr 2003 zahlt das Land an die Landesverbände der Krankenkassen, den Verband der Ersatzkassen und den Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung monatlich ein Zwölftel der im Jahr 1998 insgesamt gezahlten Pauschalförderung **und ein Zwölftel des nach § 17b Abs. 3 Satz 6 ermittelten Betrags**; in den Jahren 2004 bis 2008 **werden diese Beträge** jährlich um je-

weils ein Fünftel abgesenkt. Die Zuweisung der Mittel erfolgt entsprechend den auf die Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen entfallenden Anteilen an der Zahl der Berechnungs- und Belegungstage der Krankenhäuser im Land im jeweiligen Vorjahr; beim Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung werden die auf beihilfekonforme Prozenttarife entfallenden Tage mit 35 vom Hundert gewichtet. Die Weiterleitung der Mittel an die kostentragenden Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen sowie an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt auf der Grundlage des Verteilungsmaßstabes nach Satz 3."

4. § 16 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. die Entgelte der Krankenhäuser für stationäre und teilstationäre Leistungen,".

5. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu bemessen. Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17 c sind für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget und Pflegesätze zu vereinbaren. Sie müssen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17 b medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen; die Budgets und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser sind zu berücksichtigen. Nach Einführung des neuen Vergütungssystems ist für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget auf der Grundlage der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen und der Zu- und Abschläge nach § 17 c Abs. 1 zu vereinbaren. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen."

b) Absatz 1 a wird aufgehoben.	bb) Folgender Satz wird angefügt: **„Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c** sind die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 zweckgebunden zu verwenden, noch nicht verwendete Mittel auf einem gesonderten Konto zu buchen und ein Nachweis über die Verwendung zu führen."
In Absatz 2 a Satz 3 werden nach der Angabe „1998" die Wörter „und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17 c" eingefügt.	6. § 17 a wird wie folgt geändert:
Absatz 4 Nr. 1 wird **wie folgt gefasst: ~** **„1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, die nach § 17 c Abs. 4 Satz Hin das neue Entgeltsystem übernommenen Inve-stitionskosten und die Kosten von Rationalisie-rungsinvestitionen nach § 18 b,** soweit der Investitionsvertrag vor dem 1. Juli 1999 ge-schlossen wurde,"	a) „(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden."
Absatz 4 b wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 1997 bis 1999" gestrichen.	aa) In Satz 1 wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen. bb) Satz 2 wird gestrichen.

7. Nach § 17 a werden folgende Paragraphen eingefügt:	
„§ 17 b Vereinbarung eines landesweiten Gesamtbetrags	
(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbaren einen Gesamtbetrag als Obergrenze für die Vergütung der im Land erbrachten allgemeinen **vollstationären und teilstationären** Krankenhausleistungen, **soweit diese nach diesem Gesetz vergütet werden.** Dabei sind auch die von anderen Kostenträgern und von nicht versicherten Patienten zu zahlenden Vergütungsanteile einzurechnen. Der Gesamtbetrag darf höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate verändert werden. **Im Falle einer Verringerung des stationären Leistungsbedarfs im Sinne des**	**Satzes 1, insbesondere auf Grund von Leistungsverlagerungen oder der Vergütung von Krankenhausleistungen auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ist der Gesamtbetrag entsprechend niedriger zu vereinbaren; soweit Krankenhäuser an der integrierten Versorgung oder an Modellvorhaben nicht mehr teilnehmen, ist der Gesamtbetrag entsprechend zu erhöhen** Ein höherer Gesamtbetrag kann vereinbart werden, soweit Leistungen aus dem ambulanten Versorgungsbereich oder dem Rehabilitationsbereich verlagert werden und in diesen Bereichen entsprechende Einsparungen **vertraglich abgesichert oder bereits tatsächlich erfolgt sind.** Die Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu berücksichtigen. **Der Landeskrankenhausgesellschaft ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.** Vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bleiben außer Betracht. Der Gesamtbetrag ist jeweils bis zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren, für das Jahr 2000 bis zum 31. Januar 2000; dabei ist ein gesonderter Teilbetrag in Höhe von höchstens 1 vom Hundert

für die Vergütung nicht vereinbarter Mehrleistungen festzulegen.

(2) Mehrerlöse des einzelnen Krankenhauses gegenüber dem Erlösbudget nach § 17 Abs. 1 Satz 2 werden nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 anteilig ausgeglichen; die den Krankenhäusern im Land insgesamt verbleibenden Mehrerlösanteile dürfen den gesonderten Teilbetrag nach Absatz 1 Satz 8 zweiter Halbsatz nicht überschreiten. Das Krankenhaus meldet den Beteiligten nach Absatz 1 die tatsächlichen Erlöse aus Pflegesätzen **sowie auf Grund von Verträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum 31. Mai jeden Jahres; ein entsprechendes Testat eines Wirtschaftsprüfers, Steuerberaters oder vereidigten Buchprüfers ist beizufügen. Soweit der Teilbetrag nach Abzug entsprechender Mindererlösanteile anderer Krankenhäuser überschritten wird, setzen die Beteiligten nach Absatz 1 abweichend von Satz 1 erster Halbsatz höhere Ausgleichssätze für Mehrerlöse fest; **wird der Teilbetrag unterschritten, steht der nicht benötigte Betrag im übernächsten Kalenderjahr den Krankenhäusern zusätzlich zu dem Gesamtbetrag zur Verfügung**

(3) Grundlage der erstmaligen Vereinbarung des landesweiten Gesamtbetrags für das Jahr 2000 ist die Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999; außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 2000 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen und enthaltene Ausgleiche und Berichtigungen herauszurechnen. Die Grundlage nach Satz 1 ist

1. zu erhöhen nach Artikel 7 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes um

a) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1999 nach § 1 Abs. 1 Satz 3 und

Abs. 2 Satz 1, soweit in den Gesamtbeträgen für 1999 nicht berücksichtigt,

b) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1998 nach § 1 Abs. 3 Satz 1, soweit in den Gesamtbeträgen für 1999 nicht berücksichtigt,

c) die Folgekosten von Kapazitätsveränderungen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 und 3, soweit diese nicht ganzjährig enthalten sind,

d) die Erlöse aus der Behandlung von Blutern nach § 2 Satz 4,

2. zu verändern um die Auswirkungen einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 1998,

3. im Beitrittsgebiet zusätzlich um 0,48 Vomhundert zu erhöhen, soweit nicht bereits eine Veränderungsrate in Höhe von Null Vomhundert für das Jahr 1999 bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser zugrunde gelegt wurde.

Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2000 ist die Grundlage nach Satz 1 und 2 höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 in Verbindung mit Abs. 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate zu verändern; Absatz 1 Satz 4 bleibt unberührt."

. Vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre sind ge-

sondert durchzuführen. Für das Jahr 2003 ist bei Abrechnung der neuen Entgelte nach § 17 c auf Grund der Übernahme der bisherigen Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 der Gesamtbetrag zusätzlich um den Betrag zu erhöhen, den das jeweilige Land im Jahr 1998 für Pauschalförderung aufgewandt hat; **er ist auf Grund der Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung zusätzlich um den nach Satz 6 ermittelten Betrag zu erhöhen. Für jedes Land ist die im Jahr 1998 gezahlte Pauschalförderung nach § 9 Abs. 6 Satz 2 ins Verhältnis mit der nach Satz 1 bestimmten Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser ohne Hochschulkliniken zu setzen; die so ermittelte Verhältniszahl ist mit der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulkliniken des jeweiligen Landes zu vervielfachen. Für die Jahre 2004 bis 2008 werden die zusätzlichen Beträge nach Satz 5 jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt.** Für das Jahr 2008 sind die Gesamtbeträge auf Grund der Übernahme der bisherigen Einzelförderung nach § 9 Abs. 1 und 2 zusätzlich um insgesamt 2,8 Milliarden Deutsche Mark **zu erhöhen, der einzelne Gesamtbetrag** entsprechend dem Anteil des einzelnen Landes an der Summe der von den Ländern im Jahr 1998 insgesamt finanzierten Einzelfördermaßnahmen; **auf Grund der Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung sind vorbehaltlich einer bundesrechtlichen Regelung nach Absatz 4 die Gesamtbeträge zusätzlich um insgesamt 430 Millionen Deutsche Mark zu erhöhen, der einzelne Gesamtbetrag entsprechend dem Anteil der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulkliniken des einzelnen Landes nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999 an der bundesweiten Summe dieser Gesamtbeträge der Hochschulkliniken. Der landesweite Gesamtbetrag wird um 1,1 vom Hundert erhöht, wenn in einem Bundesland die Anwendung des § 17 Abs. 4b Satz 4 entfällt.**

(4) Der finanzielle Ausgleich für die Berücksichtigung von Investitionskostenanteilen in den Bewertungsrelationen nach § 17 c Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 ist im Hinblick auf die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung bis zum 30. Juni 2007 durch eine bundesrechtliche Regelung sicherzustellen, die jährliche Zahlungen des Bundes und der Länder in Höhe von jeweils 215 Millionen Deutsche Mark an die gesetzli-

chen Krankenkassen ab dem 1. Januar 2008 vorsieht. Die Länder erstatten die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen, die infolge der Einbeziehung von in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern in die monistische Krankenhausfinanzierung entstehen, nach § 58 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 200 c der Reichsversicherungsordnung

§ 17 c

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; **dies gilt nicht für die in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts abweichendes bestimmt wird.** Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige und mit den Landesverbänden der Krankenversicherungen nach § 18 Abs. 2 vereinbarte Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren. Das Verfahren zur Bestimmung der Höhe der Entgelte wird in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 vorgegeben, nachdem die Selbstverwaltung die Entscheidung über die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems gefällt hat. Die Entgelte sind prospektiv so festzulegen, daß der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b insgesamt

nicht überschritten wird. Die so bestimmte Entgelthöhe ist ein Höchstpreis, von dem die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 abweichen können.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Einführung eines Vergütungssystems, das, sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem **auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG's)** orientiert, entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der Krankenversicherungen gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlußgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. Die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen über Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4 sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Lan deskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen den Erlösbudgets nach § 17 Abs. 1 Satz 2 zugrunde zu legen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren bis zum 30. April 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der zugrunde zu legenden Fallgruppen, **sowie die Grundzüge eines Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems.** Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen für die Fallgruppen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Der Krankenhausträger teilt den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 bis spätestens zum 30. April 2002 Art, Anzahl und Punktzahl aller im Jahr 2001 erbrachten

Leistungen in der Systematik des Vergütungssystems nach Satz 1 mit; Näheres regelt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Es wird budgetneutral eingeführt; dazu wird ein Punktwert für das Krankenhaus ermittelt, der sich aus dem für das Jahr 2003 vereinbarten Erlösbudget des Krankenhauses errechnet. Bei Krankenhäusern, deren Punktwert vom landesweit festgelegten Punktwert abweicht, ist der Punktwert nach Satz 6 für die Jahre 2004 bis 2006 jeweils zu einem Drittel an den landesweit festgelegten Punktwert anzugleichen; bei Krankenhäusern, deren Punktwert niedriger ist als der landesweit festgelegte Punktwert, gilt Absatz 1 Satz 9 ab dem 1. Januar 2003.	**gleichs nach § 17b Abs. 4 vergütet.** Die Berücksichtigung der zusätzlichen Kostenanteile im landesweiten Gesamtbetrag regelt § 17 b Abs. 3.
(4) Die Bewertungsrelationen des neuen Vergütungssystems bilden ab 3. Zum Zeitpunkt ihrer Einführung Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4 b Satz 2 und 3 und Investitionskosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen, 4. zum 1. Januar 2008 Investitionskosten für sonstige Investitionen. Die Instandhaltungs- und Investitionskostenanteile sind in den Bewertungsrelationen so zu berücksichtigen, daß sie den entsprechenden Mittelbedarf leistungsbezogen abbilden. Soweit die Entgelte Investitionskosten nach Satz 1 Nr. 2 beinhalten, werden diese Anteile bei **Hochschulkliniken nur vorbehaltlich eines finanziellen Aus-**	(5) Soweit bis zum **30. April 2000** eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der Fallgruppen, sowie ergänzend zu vereinbarende Zu- und Abschläge nicht zustande kommt, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum **30. Juni 2000** den Inhalt durch Rechtsverordnung. Das Bundesministerium kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Im übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6.
	(6) entfällt
	(6) Das Nähere zur Einführung des neuen Vergütungssystems bestimmt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zum 1. Januar 2002."
	8. § 18 wird wie folgt geändert:

Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1)

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind

1. der Krankenhausträger und

2. die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Krankenhausträger hat die für die Ermittlung des Erlösbudgets und der Pflegesätze erforderlichen Nachweise nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen."

bb) In Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Landeskrankenhausgesellschaft und die Vertragsparteien nach Absatz 2 Nummer 2 vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2; dies gilt für das neue Vergütungssystem nach § 17 c Abs. 1 entsprechend."

In Absatz 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „die Pflegesätze" durch die Wörter „das Erlösbudget und die Pflegesätze" ersetzt.

In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Die vereinbarten oder festgesetzten" durch die Wörter „Das vereinbarte oder festgesetzte Erlösbudget und die" ersetzt.

9. § 18 b wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Bezeichnung von § 12 wie folgt gefaßt:

   „§ 12 Flexibles Erlösbudget"

2. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

      bb) In Satz 3 werden das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt und nach dem Wort „müssen" die Wörter „im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" eingefügt.

      cc) Satz 4 wird aufgehoben.

      dd) Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

      „Die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags ist nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 zu beachten."

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

      bb) In Satz 3 wird jeweils das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

      cc) Satz 4 wird aufgehoben.

   c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Budgetvereinbarung" durch das Wort „Erlösbudgetvereinbarung" ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft".

4. § 6 wird aufgehoben.

5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

bb) Satz 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Kosten der Organbereitstellung für Transplantationen, wenn diese nicht gesondert vergütet wird; hierzu gehören bei Lebendspenden auch die Kosten der gutachtlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes,"

cc) Satz 2 Nr. 4 zweiter und dritter Teilsatz werden wie folgt gefaßt:

„die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Restbudgets nach § 12 Abs. 2 einzurechnen, wie es ohne Ausgleiche, Berichtigungen und Zuschläge vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben,"

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Budget nach § 12" durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2" ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die in Absatz 1 oder 2 genannten Investitionskosten werden anteilig dem Restbudget nach § 12 Abs. 2 und den tagesgleichen Pflegesätzen sowie den Fallpauschalen zugerechnet."

7. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

8. § 10 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden mit dem Erlösbudget nach § 12 Abs. 1 vergütet, das mit

1. Pflegesätzen nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) und
2. tagesgleichen Pflegesätzen nach § 13

den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird."

9. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten" ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung" ersetzt.

d) Absatz 8 wird aufgehoben.

10. § 12 wird wie folgt gefaßt:

„§ 12
Flexibles Erlösbudget

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren nach den Vorgaben des § 3 für den Pflegesatzzeitraum ein Erlösbudget für die mit Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen vergüteten Leistungen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dürfen das Erlösbudget nur in der Höhe vereinbaren, in der zusammen mit den Budgetvereinbarungen aller übrigen Krankenhäuser im Land **und der Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern im Land** der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, vermindert um den Teilbetrag für nicht vereinbarte Mehrleistungen, eingehalten wird; vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre **sind gesondert durchzuführen**. Bei der Vereinbarung der Erlösbudgets sind, soweit das einzelne Krankenhaus betroffen ist, zu berücksichtigen:

1. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
2. Leistungsverlagerungen, etwa in die ambulante Versorgung,
3. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5,
4. die Reduzierung von Einweisungen durch die Einführung gemeinsamer Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, daß das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird,
6. und soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen, die Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung, **und**
7. **im Beitrittsgebiet die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe.**

Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, dürfen nicht berücksichtigt werden. Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung gilt § 17 c Abs. 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(2) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpau-

schalen berechnet werden, sind die vorauskalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten von dem Erlösbudget nach Absatz 1 abzuziehen (Erlösabzug); Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 sind einzubeziehen; **entsprechendes gilt für Krankenhäuser, die nur Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, wenn die Summe der voraussichtlichen Erlöse höher ist als das Erlösbudget.** Ergibt sich durch den Erlösabzug ein nicht mehr leistungsgerechtes Restbudget, sind entsprechende Abschläge von den Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vereinbaren; **entsprechendes gilt für Krankenhäuser, die nur Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, wenn die Summe der voraussichtlichen Erlöse wesentlich höher ist als das Erlösbudget.** Für die Sonderentgelte nach § 11 Abs. 2 Satz 3 für die Behandlung von Blutern sind anstelle des Erlösabzugs die entsprechenden Kosten auszugliedern.

(3) Die Vertragsparteien sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung eines Erlösbudgets zugrunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren; dabei sind die Vorgaben des § 3 und des Absatzes 1 zu beachten. Die Vertragsparteien können im voraus vereinbaren, daß in bestimmten Fällen das Budget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist über das neu vereinbarte Budget abzurechnen; Absatz 4 Satz 5 und § 21 Abs. 2 Satz 3 gelten entsprechend.

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus Pflegesätzen nach § 10 Abs. 1 von dem Erlösbudget nach Absatz 1 ab, werden Mehrerlöse zu 80 vom Hundert sowie die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 und aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht. Für Mehrerlöse nach Satz 1 aus Fallpauschalen und Sonderentgelten in der Transplantationsmedizin mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können niedrigere Vomhundertsätze vereinbart werden, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise

nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den oder die Vomhundertsätze fest. Im Falle einer Überschreitung des landesweiten Teilbetrags für Mehrerlöse sind abweichend von Satz 1 und 2 die höheren Ausgleichssätze nach § 17 b Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuwenden. **Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese entstanden sind, weil das Krankenhaus mehr Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 und integrierter Versorgung nach § 140 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht hat.** Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Restbudget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei den Pflegesatzverhandlungen der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6."

11. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

c) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.

12. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „Verlegungstag" ein Komma und der Halbsatz „der nicht zugleich Aufnahmetag ist," eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen und in Nr. 6 die Angabe „§ 11 Abs. 5, 6 und Abs. 8 Satz 7 und § 12 Abs. 4 Satz 7“ durch die Angabe „§ 11 Abs. 5 und 6 und § 12 Abs. 4 Satz 6“ ersetzt.

bb) In Satz 2 die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.“

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ und die Angabe „Satz 6“ durch „Satz 5“ ersetzt.“

f) Absatz 10 wird wie folgt gefaßt:

„(10) Zur Finanzierung der pauschalierten Instandhaltungskosten nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 wird ein Zuschlag zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten in Höhe von 1,1 vom Hundert der Entgelthöhe berechnet.“

g) Folgender Absatz wird angefügt:

„(13) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Pflegesätzen nach § 10 Abschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.“

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 17 die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17

Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen."	**3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht überschritten werden; die voraussichtliche Entwicklung der Entgeltarten und -mengen ist zu berücksichtigen.'**
b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Entgeltkataloge" die Wörter „nach § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" eingefügt.	**bb) Satz 3 wird gestrichen.**
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1 und 3" gestrichen. bb) Satz 2 wird aufgehoben.	**b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.**
14. § 16 wird wie folgt geändert:	**c) Absatz 3 wird aufgehoben.**
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert: **aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:** **‚Dabei dürfen die maßgebliche Veränderungsrate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und**	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie das Entgelt nach Absatz 3" gestrichen. bb) Satz 2 wird aufgehoben.

e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15.10., die Vereinbarung nach Absatz 2 bis zum 31.8. jeden Jahres zu schließen."

15. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Erlösbudget einschließlich der einzubeziehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Zu- und Abschläge sowie Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze."

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien, der Landeskrankenhausgesellschaft und der zuständigen Landesbehörde die Leistungs und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlagen 1 und 2.'

bb) **In Satz 4 Nr. 1 wird das Wort „vierstelligen" gestrichen**

cc) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz" ersetzt durch die Wörter „Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes".

bb) In Satz 3 werden die Wörter „zur Beurteilung der Höhe der Kosten-

ausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und" gestrichen.

e) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

16. In § 18 Abs. 1 wird jeweils das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

17. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7" ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3".

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Rechtsvorschriften" ein Komma und die Wörter „insbesondere an die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags nach § 12 Abs. 1 Satz 2," eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 12 Abs. 3 Satz 3, § 16 Abs. 2 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1."

18. In § 20 Abs. 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7" ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3".

19. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7 Satz 3" ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3 Satz 3".

b) In § 21 Abs. 4 wird die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 8" durch die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 7" ersetzt.

20. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

21. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Vertragsparteien auf Landesebene" ersetzt durch das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft".

cc) In Satz 6 werden die Wörter „den Vertragsparteien auf Landesebene" ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft".

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses der Verbandes der privaten Krankenversicherung" gestrichen.

c) In Absatz 3 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

d) In Absatz 4 Satz 3 und 4 wird jeweils die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

22. § 28 wird aufgehoben.

23. Die Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung werden aufgehoben.

24. Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung" wird Anlage 1 und wie folgt geändert:

a) Abschnitt K 5 wird wie folgt geändert:

aa) Laufende Nummer 14 wird wie folgt gefaßt:

„Ausgleich nach § 12 Abs. 4"

bb) In laufende Nummer 17 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7" durch die Angabe „§ 12 Abs. 3" ersetzt.

cc) Die laufenden Nummern 18 und 19 werden gestrichen.

dd) Die laufende Nummer 22 wird wie folgt gefaßt:

„Vorauskalkul. Restbudget (Nrn. 12, 13, 20 und 21)"

ee) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Restbudget" ersetzt.

ff) Laufende Nummer 25 wird gestrichen.

b) Abschnitt K 6 wird wie folgt geändert:

aa) In der laufenden Nummer 9 wird das Wort „Budgetanteil" durch das Wort „Restbudgetanteil" ersetzt.

bb) Nach der laufenden Nummer 9 wird folgende Nummer eingefügt:

„9a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

cc) In der laufenden Nummer 12 wird das Wort „Budgetanteil" durch das Wort „Restbudgetanteil" ersetzt.

c) Abschnitt K 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach der laufenden Nummer 21 wird folgende Nummer eingefügt:

„21 a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

bb) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budgetanteil" durch das Wort „Restbudgetanteil" ersetzt.

d) Abschnitt K 8 wird aufgehoben.

e) In Abschnitt L 4 wird in der Kopfzeile der Tabelle in der ersten Spalte das Wort „vierstellig" gestrichen.

f) Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:

aa) In Fußnote 1 wird die Angabe „1.000,00 DM" durch die Angabe „TDM" ersetzt.

bb) In Fußnote 7 sind die Wörter „Für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 2000" durch die Wörter „Für den Pflegesatzzeitraum" ersetzt.

cc) In Fußnote 9 wird Satz 1 aufgehoben.

dd) In Fußnote 23 wird das Wort „Budget" durch

das Wort „Restbudget" ersetzt und Buchstabe b gestrichen.

ee) Fußnote 24 Buchstabe b wird gestrichen.

ff) Fußnote 25 wird gestrichen.

gg) In Fußnote 27 wird der Klammerhinweis aufgehoben.

hh) Fußnote 29 Satz 3 wird aufgehoben.

ii) Fußnote 30 Satz 2 Buchstabe b wird aufgehoben.

jj) In Fußnote 39 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung" gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3" durch die Angabe „§ 12 Abs. 2" ersetzt.

kk) In Fußnote 40 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung" gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3" durch die Angabe „§ 12 Abs. 2" ersetzt.

ll) In Fußnote 41 wird Buchstabe b gestrichen.

25. Anlage 4 wird Anlage 2.

Artikel 6

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Abs. 2 Satz 1 werden vor der Angabe „den §§ 6 oder 7" die Wörter „§ 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach" eingefügt.

2. In § 10a Abs. 2 Satz 1 werden vor der Angabe „§ 6" die Wörter „§ 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach" eingefügt.

Artikel 7

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Nach § 31 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird folgender Paragraph angefügt:

„§ 32
Erstattung

Vom 1. Januar 2008 an werden der landwirtschaftlichen Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach § 29 oder § 31 erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem die Versicherte ihren Wohnsitz hat."

Artikel 8
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. Nach § 2 Abs. 7 wird folgender Absatz angefügt:

„(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluß erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversiche-

rung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 6 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages."

2. In § 3a Nr. 1 werden im ersten Halbsatz nach der Angabe „8" die Wörter „oder § 6 Abs. 3a" eingefügt.

3. In § 6 Abs. 1 Nr. 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt sowie folgende Wörter angefügt: „wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen."

4. Dem § 7 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 309 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt."

5. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 16 a
Globalbudget

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden je ein Volumen als Obergrenze sämtlicher jährlicher Ausgaben (Globalbudget). § 142 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

6. § 23 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „genannten Leistungen" durch die Wörter „genannten Renten", das Wort „Leistungen" durch das Wort „Rente" und das Wort „Leistung" durch das Wort „Rente" ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Leistung" durch das Wort „Rente", das Wort „Leistungsantrag" durch das Wort „Rentenantrag" ersetzt.

7. In § 37 Abs. 2 werden nach der Angabe „§§ 44 und 45" die Wörter „sowie durch für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Beiträge" eingefügt.	**Artikel 10** **Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**
	Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ..... wird wie folgt geändert:
8. § 59 Abs. 2 wird aufgehoben.	**1. § 51 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:** **a) In Nummer 2 werden die Wörter „sowie des Großgeräteausschusses" gestrichen.** **b) Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefaßt:** **„§§ 87 und 96 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden keine Anwendung."**
Artikel 9 **Änderung des Bundesvertriebenengesetzes**	**2.** In § 87 Abs. 2 wird das Wort „Zustellung" durch das Wort „Bekanntgabe" ersetzt.
§ 11 Abs. 5 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 829), das zuletzt durch .... geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:	
„(5) Die Leistungen werden von der Krankenkasse gewährt, die der Berechtigte gewählt hat. Für die Wählbarkeit der Krankenkasse gilt § 173 Abs. 2 und § 175 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe entsprechend, daß bei Nichtausübung des Wahlrechts die Krankenkasse als gewählt gilt, bei der der Berechtigte erstmals Leistungen nach diesem Gesetz beantragt."	

Artikel .10 a

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 1998 (BGBl. I. S. 2546), zuletzt geändert durch ....., wird wie folgt geändert:

1. Dem § 87 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind."

2. Dem § 96 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind.

Artikel 11

Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils nach den Wörtern „2 000 Deutsche Mark" das Wort „monatlich" angefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen ab dem 1. Januar 2001 wird in den Verträgen nach Absatz 2 geregelt."

2. In Artikel 14 Abs. 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen ist um den Betrag zu verringern, der im Jahr 1997 für die Leistungen nach Absatz 4 vergütet wurde."

Artikel 12

Änderung der Reichsversicherungsordnung

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

1. In § 200 Abs. 1 wird das Komma hinter dem Wort „Mutterschaftsgeld" durch einen Punkt ersetzt und der danach folgende Satzteil gestrichen.

2. Nach § 200 b wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 200 c

Erstattung

Vom 1. Januar 2008 an werden der Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach § 200 oder § 200 b erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem die Versicherte ihren Wohnsitz hat."

3. § 355 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Dienstordnung bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung, bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen des Verwaltungsrates und der Genehmigung der Aufsichtsbehörde."

4. § 357 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Beschlüsse des Vorstandes oder der Vertreterversammlung, bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen des Verwaltungsrates, die gegen die Dienstordnung verstoßen, hat der Vorsitzende des Vorstandes, bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen der Vorsitzende des Verwaltungsrates durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden; die

Beschwerde bewirkt Aufschub."

5. § 414 b wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 351 bis 357" durch die Angabe „§§ 351 bis 358" ersetzt.

b) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Kranenkassen der Zustimmung des Verwaltungsrates."

Artikel 13
Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995 - ASRG 1995

Artikel 11 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Nummer 18 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa bis cc und Buchstabe c sowie Artikel 48 Abs. 5 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), das zuletzt durch ..... geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 14
Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes

Artikel 5 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520, 1531), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 15
Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

01. In § 10 wird nach Absatz 1 folgender Absatz eingefügt:
„(1a) Vor Abschluss eines privaten Kranken-versicherungsvertrages ist von dem Interessenten der Empfang eines amtlichen Informationsblattes des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen zu bestätigen, welches über die ver-schiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt."

1. In § 12 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

„(4a) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341 f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12 a Abs. 2 a zu verwenden. Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten und bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht."

2. § 12a wird wie folgt gefaßt:

„§ 12 a

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4 a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre ... (Jahr nach dem Inkrafttreten der Änderung) beginnt, jährlich um 2 vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, daß anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den ... [zehn Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung] folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, daß die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben."

3. § 12 b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a). Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

1. Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12a Abs. 3 zu verwenden sind;
2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satz 1 Nr. 1 und 2 darauf zu achten, daß die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und

die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4a und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen."	Ist der Versicherungsvertrag vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, daß
	1. der Zuschlag erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung folgt, zu erheben ist,
	2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um 2 vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als 10 vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
	3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlages dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen,
	4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich widerspricht."
b) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen."	
4. Nach § 12 d wird folgender Paragraph eingefügt:	
„§ 12 e	

4a. § 11 Da Abs. 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. von den Vorschriften über die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb (II) § 10, § 10a mit der Maßgabe, dass in der Verbraucherinformati-on nach Anlage Teil D Abschnitt I Nr. 1 Buchstabe h) auch die Anschrift einer sonsti-gen Stelle anzugeben ist, an die sich der Versicherungsnehmer bei Beschwerden über den Versicherer nach dem ausländischen Recht wenden kann, §§ 11b, 11c, 12 Abs. 1, 4 bis 5, §§ 12a,12b Absatz 1 bis 3, §§ 12c bis 12e und 13d Nr. 7."

5. In der Anlage Teil D Abschnitt I wird Nummer 3 wie folgt neu gefaßt:

„3. Bei Krankenversicherungen nach § 12a zusätzlich notwendige Verbraucher-information

a) Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;

b) Hinweise auf Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter;

c) Hinweis darauf, daß eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist."

6. In der Anlage Teil D Abschnitt II wird in Nummer 3 am Ende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummer angefügt:

„4. in der Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1 bei jeder Prämienerhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muß Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Um-

stufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn sie in diese Tarife wechseln würden. Darüber hinaus ist ein Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in den Standardtarif anzugeben. Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen."

5. entfällt

Artikel 15 a

Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Artikel 14 Abs. 4 wird aufgehoben.

2. Artikel 35 Abs. 9 wird aufgehoben."

Artikel 16

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch ... geändert worden ist, **wird wie folgt geändert:**

1. In § 3 Abs. 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

   „soweit nicht die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Erhebung für weitere Vorjahre vorsieht."

2. **§ 4 wird wie folgt geändert:**

   a) **In Absatz 1 Nr. 9 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:**

   „10. Krankenhausin-

vestitionen nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 6 wird aufgehoben.

bb) Nummer 7 wird Nummer 6."

3. Nach § 27 a wird folgender § 27b eingefügt:

„§ 27 b

Risikostrukturausgleich im Jahr 2000

(1) Im Jahr 2000 gilt § 27 a mit der Maßgabe, dass der Ausgleichsbedarfssatz für die Krankenkassen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 um einen dem Betrag von 1,3 Milliarden Deutsche Mark entsprechenden Wert angehoben wird.

(2) Das Bundesversicherungsamt gibt unverzüglich nach dem Inkrafttreten des § 313 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bekannt, welche Nachweise die Krankenkassen zur Feststellung ihrer Anspruchsberechtigung und für die Aufteilung nach § 313 b Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzulegen haben. Für die Feststellung der Höhe der Betriebsmittel (§ 260 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), Rücklagen (§ 261 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen (§ 263 Abs. 1 Nr. 2 erster Halbsatz des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sind die am 31. Dezember 1998 gemeldeten Werte maßgebend. Der Feststellung der Zahl der versicherungspflichtigen Mitglieder (§ 313 b Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist die amtliche Statistik KM 1/13 zu Grunde zu legen.

(3) Ausgabendeckender rechnerischer Beitragssatz (§ 313 b Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c, § 313 b Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist das Verhältnis der Ausgaben zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben und um den nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhaltenen Risikostrukturausgleich. Zu den Ausgaben zählt auch der zu tragende Risikostrukturausgleich nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Die erstmalige Aufteilung nach § 313 b Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt frühestens im monatlichen Ausgleich für den Monat März 2000.""

Artikel 17

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.....des Gesetzes vom.....(BGBl. I S.....), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 3 und 4 wird jeweils das Wort „dreijährigen" durch das Wort „fünfjährigen" ersetzt.

1a. § 18 Abs. 2 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:

"b) eine Erklärung, daß ein Führungszeugnis gemäß § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz zur Vorlage beim Zulassungsausschuß beantragt wurde,"

2. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragsärztliche Tätigkeit auszuüben."

3. Dem § 24 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Das gleiche gilt für die Erklärung des Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen sowie für den Widerruf dieser Erklärung. **Ein Wechsel in ein neues Fachgebiet oder für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nach § 101 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind."**

3 a. In § 24 wird nach Absatz 4 folgender Absatz angefügt:

„(5) Die Aufnahme einer nicht vorübergehenden überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutischen Tätigkeit (§ 101 Abs. 4 SGB V),

bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Nicht vorübergehend ist die Tätigkeit, wenn sie über mehr als zwei Quartale ausgeübt wird. Die Genehmigung ist zu versagen, soweit für psychotherapeutisch tätige Ärzte Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Psychotherapeutische Leistungen, die ohne die erforderliche Genehmigung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig."

3 b. Nach § 31 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 31 b

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, einen Professor für Allgemeinmedizin einer Hochschule oder einen mit der Wahrnehmung der Professur für Allgemeinmedizin an einer Hochschule beauftragten Arzt für Allgemeinmedizin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in dem für die Lehre erforderlichen Umfang zu ermächtigen. § 31 Abs. 6, 7 Satz 1, 8 und 10 gilt entsprechend."

4. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl „50" durch die Zahl „100" er-setzt.

bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort „Arzt" die Wörter „oder die ärztlich ge-leitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl "60" durch die Zahl "120" ersetzt.

cc) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Arzt" die Wörter „oder die ärztlich ge-leitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl „100" durch die Zahl „200" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl „200" durch die Zahl „400" er-setzt und der Punkt in Buchstabe b gestrichen.

bb) Folgender Buchstabe wird angefügt:

„c) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400,- DM

c) In Absatz 3 Buchstabe b wird die Angabe „Ab-satz 2 Buchstaben a und b" durch die Angabe „Absatz 2" ersetzt.

Artikel 18

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahn-

ärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel.....des Gesetzes vom.....(BGBl. I S.....), wird wie folgt geändert:

1. § 18 Abs. 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) eine Erklärung, dass ein Führungszeugnis gemäß § 30 Abs. 5 Bundeszentralregister-gesetz zur Vorlage beim Zulassungsausschuss beantragt wurde,"

2. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragszahnärztliche Tätigkeit auszuüben."

3. In § 32 b Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 3 Abs. 2 und 3" durch die Angabe „§ 3 Abs. 2 bis 4" ersetzt.

4. § 46 wird wie folgt geändert:

a)

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl "50" durch die Zahl "100" ersetzt.

Bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort "Zahnarzt" die Wörter "oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl „60" durch die Zahl „120" ersetzt.

cc) In Buchstabe d werden nach dem Wort "Zahnarzt" die Wörter" oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl „100" durch die Zahl „200" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl "200" durch die Zahl "400" ersetzt und der Punkt in Buchstabe b gestrichen.

Bb) Folgender Buchstabe wird angefügt:

„c) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400,- DM."

c) In Absatz 3 Buchstabe b wird die Angabe „Absatz 2 Buchstaben a und b" durch die Angabe „Absatz 2" ersetzt.

Artikel 19

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Nach § 5a der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch ....., wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 5 b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt."

Artikel 20

Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geändert wurde, wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 5 a

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 berechnet werden."

Artikel 21

Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

(1) Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) errichtet und betreibt ein datenbankgestütztes Informationssystem für die Bewertung der

Wirksamkeit oder der Effektivität sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien. Das Informationssystem erschließt den Zugang zu den relevanten Datenbanken und erfaßt Studien und sonstige Materialien zum Stand der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Technologiebewertung in der Medizin. Ferner erteilt das DIMDI Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien und wertet die Ergebnisse dieser Forschungsvorhaben für die Aufnahme in das Informationssystem aus.

(2) Für den Aufgabenbereich nach Absatz 1 wird beim DIMDI ein Kuratorium sowie ein wissenschaftlicher Beirat gebildet. In das Kuratorium werden vom Bundesministerium für Gesundheit Vertreter von Institutionen des Gesundheitswesens berufen, die mit Fragen der Technologiebewertung in der Medizin befaßt sind. Zur Unterstützung bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 beruft das DIMDI einen wissenschaftlichen Beirat.

Artikel 21 a

Rechtsangleichung

Mit Wirkung vom 1. Januar 2001 an treten die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Kraft. Dies gilt nicht für § 309 Abs. 1 und 5, § 310 Abs.3 Satz 2, § 311 Abs. 2 und 4

Buchstabe a und c, Abs. 5 und 7, § 313 Abs. 10, § 313 a und § 313 b."

Artikel 22
Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 5, 16, 17, 18, 19 und 20 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 23
Überleitungsvorschriften

§ 1
Durchführung von Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder regeln die Durchführung der nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung erforderlichen Organisationsänderungen bis zum 30. Juni 2000.

§ 2
Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die ordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung wählen bis zum 30. September 2000 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung. Hierbei sind die § 79 Abs. 2 und § 80 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung zu beachten.

(2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

§ 3
Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen

Der Verwaltungsrat nach § 2 wählt bis zum 31. Dezember 2000 den Vorstand nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. Hierbei sind § 79 Abs. 4 und § 80 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 4

Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 2 Abs. 1 Satz 1 wählen bis zum 30. November 2000 den Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. § 2 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die konstituierende Sitzung findet im Dezember 2000 statt.

§ 5

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Der Verwaltungsrat nach § 4 wählt bis zum 31. März 2001 den Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. § 3 Satz 2 gilt entsprechend. In der konstituierenden Sitzung nach § 4 Satz 3 ist zu bestimmen, wer die Vorstandsaufgaben bis zur Wahl nach Satz 1 wahrnimmt.

§ 6

Rückkehr in die private Krankenversicherung

Artikel 1 Nr. ... (§ 5 Abs. 10 SGB V) und Artikel .... (§ 2 Abs. 8 KVLG 1989) gelten nicht für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geendet hat.

Artikel 1 Nr. ... (§ 5 Abs. 10 SGB V) und Artikel .... (§ 2 Abs. 8 KVLG 1989) gelten nicht für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geendet hat.

§ 7

Ausschluß der Familienversicherung

Artikel 1 Nr. ..... (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V) gilt nicht für Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits familienversichert sind.

§ 8

Moratorium für die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen

Abweichend von § 147 Abs. 1 und § 157 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann bis zum 31. Dezember 2000 die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen nicht genehmigt werden, wenn die Abstimmung nach § 148 Abs. 2 und § 158 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am ... (Tag der ersten Lesung) noch nicht durchgeführt worden ist.

§ 9

Weitergeltung von Strukturverträgen

Verträge, die auf Grund des § 73 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor dem 1. Januar 2000 abgeschlossen wurden, können längstens bis zum 31. Dezember 2000 fortgeführt werden.

§ 10

Überleitungsregelung zur Aufhebung des § 309 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Wer am 31. Dezember 1999 aufgrund des § 309 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig war, kann abweichend von § 5 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag nach § 5 Abs. Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig bleiben. Der Antrag ist bis zum 31. März 2000 bei der Krankenkasse zu stellen.

§ 11

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser

Die zum Zeitpunkt des Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Ermächtigungen der in § 118 Abs. 2 genannten Einrichtungen bleiben bis zum 31. Dezember 2001 bestehen.

§ 11 a

Personalübergang zu der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland übernimmt die beim AOK-Bundesverband überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben der Verbindungsstelle im AOK-Bundesverband beschäftigten Personen (dienstordnungsmäßige Angestellte, tarifliche Angestellte); sie tritt insoweit in die Rechte und Pflichten aus den Beschäftigungsverhältnissen ein. Für die dienstordnungsmäßigen Angestellten gilt bei der Übernahme zunächst die zum Zeitpunkt der Verselbständigung gültige

Dienstordnung des AOK-Bundesverbandes. § 414 b Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend. Für die tariflichen Angestellten sind bis zum Abschluss neuer Tarifverträge die für den AOK-Bundesverband geltenden Tarifverträge in ihrer jeweils gültigen Fassung maßgebend. Das Nähere regeln die Spitzenverbände.	
§ 11 b Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Beitrittsgebiet im Jahr 2000 sind auf die um den Ausgleich nach Art. 14 Abs. 1a GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz erhöhte Vergütungssumme im Jahr 1999 zu beziehen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Jahr 2000 sind auf die um den Ausgleich nach Art. 14 Abs. 1a GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 1999 zu beziehen.	
Artikel 24 Inkrafttreten	
(1) Artikel 1 Nr. 86 und Artikel 23 § 8 treten mit Wirkung vom ... (Tag der ersten Lesung) in Kraft.	
	(2) Artikel 1 Nr. 36, 37, 38, 39, 40, 49, 51, 52, 62 Buchstabe a, 126 a Buchstabe a und c, 128 Buchstabe c, 128 b, soweit § 313 Abs. 10 Buchstabe c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben wird, Nr. 129 Buchstabe a sowie Artikel 17 Nr. 2 und3 und Artikel 18 Nr. 1 und Artikel 21 a treten am 1. Januar 2001 in Kraft. Artikel 1 Nr. 102 tritt am 1. Januar 2001 insoweit in Kraft, als die §§ 268, 269, 271, 272, 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben werden.
	(3) Artikel 1 Nr. 58, 59, 61 treten am 1. Januar 2003 in Kraft.
	(4) Artikel 4 Nr. 1 tritt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet am 1. Januar 2005 und im übrigen Bundesgebiet am 1. Januar 2000 in Kraft.
	(4 a) Artikel 1 Nr. 128 b, soweit § 313 Abs. 10 Buchstabe a und b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben wird, und Artikel 15 a Nr. 2 treten am 1. Januar 2005 in Kraft.
	(5) Artikel 1 Nr. 50 sowie Artikel 17 Nr. 1 treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

609/99

(6) Artikel 1 Nr. 113 Buchstabe c) Absätze 3 bis 6, Nr. 115 Buchstaben c) bis e), Nr. 116, Nr. 117, Nr. 119 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb), Nr. 119 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa), Nr. 120 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa), Nr. 120 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa), Nr. 120a, Nr. 122 Buchstabe a), Nr. 123 Absätze 2 und 3, Nr. 124a Buchstabe b) sowie Artikel 1a treten an dem durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft.

(7) Am Tage des Inkraftretens der Rechtsverordnung nach § 33a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 17, 18, 46 Buchstabe b und Buchstabe c sowie Nr. 48

(8) Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) in der am 31. Dezember 2002 geltenden Fassung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2002 ausser Kraft; sie wird durch eine neue Entgeltverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ersetzt.

(9) Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 2000 in Kraft.

Bundesrat

Drucksache 609/99 (Beschluss)
(Grunddrucksache 609/99 und
zu Drucksache 609/99)

26.11.99

Beschluss
des Bundesrates

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

Der Bundesrat hat in seiner 745. Sitzung am 26. November 1999 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 4. November 1999 verabschiedeten Gesetz nicht zuzustimmen.

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 1320, 53003 Bonn
Telefon: 0228/3820840, Telefax: 0228/3820844
ISSN 0720-2946

Bundesrat zu Drucksache **609/99**

18.11.99

G - K

Unterrichtung
durch den
Deutschen Bundestag

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

Deutscher Bundestag
Der Direktor

Berlin, den 18. November 1999

An den
Direktor des Bundesrates

Im Nachgang zum Schreiben des Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 5. November 1999 teile ich mit, dass bei der Verabschiedung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) - Drucksache 14/1245 - in der 66. Sitzung am 4. November 1999 eine Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit - Drucksache 14/1977 - der Beschlussfassung zugrunde lag, in der aufgrund eines technischen Fehlers bei der Drucklegung die Seiten 232 bis 255 *) fehlten. In der diesem Schreiben beigefügten Anlage sind die betreffenden Textteile nicht mehr enthalten.

(Dr. Eickenboom)

*) Entspricht dem Text in Drucksache 609/99, S. 110 rechte Spalte bis S. 120 einschließlich.

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 1320, 53003 Bonn
Telefon: 0228/3820840, Telefax 0228/3820844
ISSN 0720-2946

zu Drucksache 609/99

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

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. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit" die Wörter „ohne Arbeitsentgelt" eingefügt.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:
„(4a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden."

c) Folgender Absatz wird angefügt:
„(10) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluß erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt

der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages."

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

„(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, daß diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 steht die Ehe mit einer in Satz 2 genannten Person gleich."

3. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 1a werden folgende Wörter angefügt:

„wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,"

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend für Versicherungspflichtige, die Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung haben."

4. § 9 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden folgende Wörter angefügt:
„wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,"

b) In Nummer 3 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,"

5. Dem § 10 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ehegatten sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie des Erziehungsurlaubs nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren."

6. a) In § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Krankheiten" die Wörter „und von deren Verschlimmerung" eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch" durch die Wörter „Versicherte haben auch Anspruch auf" ersetzt

7. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ihrem Arbeitgeber" durch die Wörter „der Krankenkasse" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
„(2) Die Krankenkasse hat die nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu tragen, in der sie ihr im Inland entstanden wären. Der Arbeitgeber hat der Krankenkasse die Kosten, die sie nach Satz 1 nicht zu tragen hat, zu erstatten. Hierzu teilt die Krankenkasse dem Arbeitgeber die Behandlungszeit sowie die Höhe der von dem Arbeitgeber zu tragenden Kosten mit. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten."

8.	§ 20 wird wie folgt gefaßt:

„§ 20 Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse **soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in Satz 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes **prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik,** sowie Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, der Qualitätssicherung **und Dokumentation. Die Krankenkassen haben die Einhaltung der in Satz 3 genannten Anforderungen für Leistungen nach Satz 1 zu dokumentieren und zu veröffentlichen; das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.“**

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und wirken bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit; Absatz 1 Satz 3 **und 4** gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbaren Näheres zur Zusammenarbeit. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Abs. 1 und 2 **sollen** insgesamt **im Jahr 2000** für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von fünf Deutschen Mark **umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.**

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe, wobei eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch pauschale Zuschüsse zu ermöglichen ist. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von einer Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 dürfen insgesamt einen Betrag von einer Deutschen Mark für jeden ihrer Versicherten je Kalenderjahr nicht überschreiten.

(5) entfällt

9. § 21 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt."

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 4; in ihm wird das Wort „Diese" durch das Wort „Die" ersetzt.

c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

10. § 22 Abs. 4 wird aufgehoben.

11. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden das Wort „oder" durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer eingefügt:

„3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder

bb) Die bisherige Nummer 3 wird die Nummer 4.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgekur" durch die Wörter „ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Kur" durch den Halbsatz „ die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen," ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuß nach Satz 2 auf bis zu 30 Deutsche Mark erhöht werden."

c) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich **nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen** in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich."

d) Folgende Absätze werden angefügt:

„(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.

(8) Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich für das jeweils folgende Kalenderjahr höchstens um die nach § 142 Abs. 8 maßgebliche Veränderungsrate verändern; § 142 **Abs. 1 Satz 3 und Abs. 3** gilt entsprechend. **Der Veränderung für das Kalenderjahr 2000 sind die in Satz 1 genannten jährlichen Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1999 zugrunde zu legen.** Überschreitungen des in Satz 1 genannten Ausgabenrahmens sind mit den für das auf die Überschreitung folgende Kalenderjahr nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Ausgaben zu verrechnen. Die Überschreitung und deren Verrechnung ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich nachprüfbar darzulegen.

(9) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen."	
12. § 24 wird wie folgt geändert:	
a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Medizinische Vorsorge für Mütter".	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur" durch das Wort „Vorsorgeleistungen" und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden."	
bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur" durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1" ersetzt.	
	c) In Absatz 2 wird die Angabe „Satz 1 und 2" gestrichen.
	d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst: **„(3) Für Maßnahmen, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 23 Abs. 6 entsprechend."**
12a § 24 b Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt: **„2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,"**	
13. In § 27 Abs. 2 werden der Nummer 2 die Wörter „sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes" angefügt, die Wörter „mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz" gestrichen und die Wörter „Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit" durch das Wort „Inanspruchnahme" ersetzt.	

14. § 28 Abs. 2 Satz 9 wird wie folgt gefaßt:

„Das gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt."

15. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Überprüfung des Behandlungsverlaufs kann die Krankenkasse Zwischenbegutachtungen vornehmen lassen."

b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik sowie deren Auswertung und Verfahren zur Einhaltung der Richtlinien vorzugeben."

16. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt.

„Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen."

b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

„Aufwendige Versorgungen sollen vor der Genehmigung begutachtet werden; bei Suprakonstruktionen ist eine Begutachtung zwingend erforderlich, wobei der Krankenkasse hierfür ein die gesamte Behandlung einschließlich implantologischer Leistungen umfassender Heil- und Kostenplan vorzulegen ist."

17. § 31 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen".

17a. Nach § 33 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 33 a

Verordnungsfähige Arzneimittel

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Vorschlagsliste nach Absatz 6 eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel, aufgeführt als Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen jeweils unter Berücksichtigung der Indikationen und Darreichungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, zu erlassen. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 30. September 2001 zu erlassen. Auf Grundlage der Rechtsverordnung gibt das Bundesministerium für Gesundheit eine Fertigarzneimittelliste bekannt, die in dem datenbankgestützten Informationssystem des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zur Verfügung gestellt wird.

(2) Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 wird beim Bundesministerium für Gesundheit ein Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet, das aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle besteht.

Mitglieder der Kommission sind

1. drei medizinische Sachverständige, davon zwei aus der ärztlichen Praxis, darunter ein Hausarzt nach § 73 Abs. 1a Satz 1, und einer aus der klinischen Medizin,
2. zwei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

4. ein Sachverständiger der Phytotherapie,
5. ein Sachverständiger der Homöopathie,
6. ein Sachverständiger der anthroposophischen Medizin

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie. Die Sachverständigen und ein Stellvertreter für jede der in Satz 2 und 3 genannten Gruppen werden vom Bundesministerium für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen.

(3) Die Mitglieder der Kommission nach Absatz 2 Satz 2 und 3 und die Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt

durch Erklärung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten. Sie haben dem Bundesministerium für Gesundheit vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten und der pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenzulegen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsführung der Mitglieder der Kommission, die Geschäftsführung und das Verfahren zu bestimmen. Die Mitglieder der Kommission erhalten Ersatz der Auslagen und ein Entgelt für den Zeitaufwand.

(5) An den Sitzungen der Kommission können die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und weitere Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit teilnehmen. Die Beratungen der Kommission sind vertraulich.

(6) Das Institut erstellt auf der Grundlage der Kriterien nach Absatz 7 zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 eine Vorschlagsliste von Arzneimitteln, die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind (Vorschlagsliste). Die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie werden in einem Anhang aufgelistet. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen können in den Hauptteil der Vorschlagsliste aufgenommen werden, sofern sie den für diesen geltenden Urteilsstandards entsprechen. Die Vorschlagsliste einschließlich Anhang ist nach Anwendungsgebieten und Stoffgruppen zu ordnen. Sie kann Anwendungsgebiete von Arzneimitteln von der Verordnungsfähigkeit ausnehmen oder die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln an bestimmte medizinische Bedingungen knüpfen.

(7) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Maßnahme. Sätze 1 bis 3 gelten auch, so-

weit nach § 34 Abs. 1 eine Verordnungsfähigkeit besteht. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

(8) Das Institut kann zu seiner Beratung Sachverständige heranziehen. Die Behörden des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie sind verpflichtet, der Kommission auf Verlangen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

(9) Die Kommission beschließt die Vorschlagsliste mit mindestens sieben Stimmen. Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, den Vereinigungen zur Förderung der Belange der besonderen Therapierichtungen, den Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Vereinigungen von Patienten und Betroffenen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vorschlagsliste ist erstmalig bis zum 31. März 2001 zu beschließen.

(10) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann nach Zulassung des Arzneimittels dessen Berücksichtigung in der beschlossenen Vorschlagsliste beantragen. Soweit es sich um neu zugelassene Arzneimittel handelt, hat das Institut innerhalb eines Monats nach Antrag über dessen Aufnahme in die Vorschlagsliste zu entscheiden. Kommt eine Entscheidung innerhalb dieser Frist nicht zustande, ist das Arzneimittel in die Liste nach Absatz 1 Satz 1 aufzunehmen. Arzneimittel, die den Anforderungen nach Absatz 7 nicht oder nicht mehr entsprechen, sind aus der Vorschlagsliste herauszunehmen.

(11) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach Absatz 1 verordnungsfähig sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die

Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend."

18. § 34 wird wie folgt geändert:

a) entfällt

a) Die Absätze 2, 3 und 5 werden aufgehoben.

b) Absatz 4 wird Absatz 2, Satz 4 wird aufgehoben.

19. entfällt

20. Nach § 37 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 37 a
Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben nach Genehmigung durch die Krankenkasse Anspruch auf Soziotherapie auf der Grundlage eines ärztlichen Behandlungsplanes, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfaßt im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1.	die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2.	die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3.	die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4.	die Anforderungen an den ärztlichen Behandlungsplan und an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5.	Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer."

21.	§ 40 wird wie folgt geändert:

a)	Absatz 1 wird wie folgt gefaßt: „(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen in Form einer ambulanten Rehabilitation in einer Einrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 125 a besteht."
b)	In Absatz 2 wird das Wort „Behandlung" durch das Wort „Rehabilitation" ersetzt.
c)	Absatz 3 wird wie folgt gefaßt: „(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend."

d) In Absatz 4 werden die Angabe „Absatz 2" durch die Angabe „den Absätzen 1 und 2" ersetzt und der Halbsatz „, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden," gestrichen.

e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Angabe „2" durch die Angabe „1 oder 2" und die Zahl „25" durch die Zahl „17" ersetzt.

f) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2" durch die Angabe „1 oder 2" ersetzt.

22. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Medizinische Rehabilitation für Mütter".

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „§ 27 Satz 1" durch die Angabe „§ 27 Absatz 1 Satz 1", die Wörter „Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur" durch die Wörter „Leistungen der Rehabilitation" sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden."

bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur" durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1" ersetzt.

c) In Absatz 2 wird die Angabe „Satz 1 und 2" gestrichen.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Maßnahmen, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 40 Abs. 5 entsprechend."

23. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „wird" das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „dies gilt auch für das Funktionstraining,".

bb) In Nummer 2 wird das Wort „erbringen" durch die Wörter „ganz oder teilweise erbringen oder fördern" ersetzt.

cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:

„3. Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen, wenn die **Wirksamkeit und Effizienz** der Schulungsprogramme **gegenüber der Krankenkasse** nachgewiesen ist; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,“

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

24. § 58 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:
„(2) Vom 1. Januar 2008 an werden der Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach Absatz 1 erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz hatte.“

24 a. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „Abs. 2“ gestrichen.

25. In § 63 Abs. 4 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5“ folgende Wörter eingefügt:
„oder der Ausschuß nach § 137 c Absatz 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Absatz 1“

26. § 64 wird wie folgt geändert

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Absatz 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Absatz 2 schlie-

ßen. Sind Kassenärztliche Vereinigungen nicht Vertragspartner von Verträgen nach Satz 2, werden die Verträge im Benehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren."

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „entsprechend der Zahl" die Wörter „und der Risikostruktur" eingefügt.

27. Nach § 65 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 65 a

Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich schriftlich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den mit einem Verfahren nach Satz 1 verbundenen Einsparungen. Die Krankenkasse kann die für die Berechnung der Einsparungen erforderlichen Daten mit schriftlichem Einverständnis des Versicherten versichertenbezogen erfassen und speichern. Sie hat zum Nachweis dieser Einsparungen geeignete Unterlagen, die sich auf den Zeitraum mindestens eines Jahres beziehen, nicht versichertenbezogen der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Spitzenverbän-

de der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zur Übermittlung der für die in Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen Daten vereinbaren. §§ 63 bis 65 gelten entsprechend."

§ 65 b

Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern mit jährlich insgesamt 10 Millionen Deutsche Mark je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die von den Spitzenverbänden als förderungsfähig anerkannt wurden. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend

(2) Die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 sind von den Krankenkassen durch eine dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage aufzubringen. Das Nähere zum Verfahren der Umlagefinanzierung und zur Vergabe der Fördermittel vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können über die Förderung nach Absatz 1 hinaus auf Landesebene Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1, die sie als förderungsfähig anerkannt haben, im Rahmen von Modellvorhaben fördern. Absatz 1 Satz 2 sowie § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend..

28. In § 66 werden das Wort „können" durch das Wort „sollen" ersetzt und folgender Satz wird angefügt:
„Das Nähere über die Voraussetzungen und den Inhalt der Unterstützung ist in den Satzungen der Krankenkassen zu regeln."

29. § 69 wird wie folgt gefaßt:

„§ 69

Anwendungsbereich

Dieses Kapitel, §§ 63 und 64 und § 142 (Globalbudget) regeln abschlie-

ßend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse der Bundes- und Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in §§ 63, 64, 142 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen nach Satz 1 und 2 gelten im übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel und § 142 vereinbar sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind."

30. In § 70 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „und muß" die Wörter „in der fachlich gebotenen Qualität sowie" eingefügt.

31. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen und dem bisherigen Text folgende Sätze angefügt:
„Die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen ist als Obergrenze zugrunde zu legen. § 142 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt."

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

32. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt gefaßt:

„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen

1. Allgemeinärzte,
2. Kinderärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erklärt haben,
4. Ärzte, die nach § 95 Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,

teil (Hausärzte).

Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann für Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung mit deren Einverständnis eine von Satz 1 abweichende, befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Er hat Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung auf deren Antrag die Genehmigung zur Teilnahme auch an der fachärztlichen Versorgung zu erteilen. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung können bis zum 31. Dezember 2000 durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss wählen, ob sie an der haus- oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und nehmen in diesen Fällen spätestens ab dem 1. Januar 2001 an der gewählten Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen."

b) In Absatz 1b werden die Sätze 1 bis 3 wie folgt gefaßt:

„Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach Satz 1 und 2 übermittelten Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt wor-

den sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, sowie die in § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz genannten personenbezogenen Daten und Unterlagen an den Medizinischen Dienst zu übermitteln."

c) Absatz 1c wird wie folgt gefaßt:

„(1c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere, insbesondere

1. zum Verfahren der Wahl des Hausarztes (§ 76 Abs. 3 Satz 2) und zur Dokumentation der Wahl gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenhang mit der Abrechnung bestimmter hausärztlicher Leistungen (§ 87 Abs. 2 a Satz 5),
2. über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung,
3. zu den Anforderungen an Form und Inhalt der ärztlichen Dokumentation,
4. zu Form und Inhalt und zum Verfahren der Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 b;
5. über die Angabe auf dem Praxisschild,

an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen (§ 76 Abs. 3 Satz 3).

In dem Vertrag nach Satz 1 ist auch zu bestimmen, daß ein den Versicherten behandelnder Arzt, der nicht sein Hausarzt ist, in Verbindung mit der Abrechnung seiner Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigung den Hausarzt des Versicherten benennt und die Übermittlung der Befunde an den Hausarzt dokumentiert. In den Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder mit Verbänden der Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist das Nähere über deren Pflichten nach Absatz 1 b Satz 2 zu vereinbaren; die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben hierzu Empfehlungen ab."

d) In § 73 Abs. 2 wird in Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„12. Verordnung von Soziotherapie und Erstellung eines ärztlichen Behandlungsplanes nach Maßgabe des § 37 a."

e) In § 73 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „10 und 11" durch die Angabe „10 bis 12" ersetzt.

33. § 73 a wird aufgehoben.

34. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt:

„es sei denn, es handelt sich um die Rechte von Vertragsärzten aus Verträgen nach § 140 b, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht Vertragspartner sind."

bb) Satz 2 wird Absatz 2 a und in ihm das Wort „Sie" durch die Wörter „Die Kassenärztlichen Vereinigungen" ersetzt.

b) Absatz 10 wird wie folgt gefaßt:

„(10) Im Rahmen der Sicherstellung des Notdienstes nach Absatz 1 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch mit geeigneten Krankenhäusern, an denen Notfallambulanzen bestehen, Verträge über die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes schließen. In den Verträgen ist insbesondere die Tätigkeit von Vertragsärzten in der Notfallambulanz des Krankenhauses zu ermöglichen."

35. In § 76 Abs. 3 Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben."	
36. § 77 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefaßt: „Sind in einem Land mehr als 12 000 Ärzte zugelassen und besteht am 1. Januar 2000 mehr als eine Kassenärztliche Vereinigung in diesem Land, können mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zwei Kassenärztliche Vereinigungen errichtet werden oder fortbestehen. Sind in einem Land mehr als 6 000 Zahnärzte zugelassen, gilt Satz 2 für Kassenzahnärztliche Vereinigungen entsprechend."	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: „(2) Die Durchführung der nach Absatz 1 erforderlichen Organisationsänderungen regeln die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder."	
	c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt: „(3) Die zugelassenen Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung."
	d) Absatz 6 wird aufgehoben.
	37. § 79 wird wie folgt gefaßt:
	„§ 79 Organe
	(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden als Selbstverwaltungsorgane ein Verwaltungsrat und ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.
	(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 2 000 zugelassenen

Zahnärzten kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 5 000 zugelassenen Zahnärzten auf bis zu 50 erhöht werden. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder; **einschließlich der Mitglieder nach § 80 Abs. 1 Satz 6.**

(3) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. den Haushaltsplan festzustellen,
4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. **in Fällen von Rechtsangelegenheiten der Vorstandsmitglieder die Körperschaft diesen gegenüber zu vertreten** und

Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern. In der Satzung kann der Vorstand auf bis zu fünf Mitglieder erweitert werden. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Satzung kann vorsehen, daß ein Vertragsarzt als Vorstandsmitglied seine vertragsärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang ausüben kann, soweit die Erfüllung seiner hauptamtlichen Aufgaben hierdurch nicht beeinträchtigt wird. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.

(5) Der Vorstand verwaltet die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, daß auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten können.

(6) Für die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entspre-

chend."	
38. § 79 b wird wie folgt geändert:	
a) Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Die Wörter „der Vertreterversammlung" werden durch die Wörter „dem Verwaltungsrat" ersetzt.	
bb) Das Wort „ordentlichen" wird gestrichen.	
b) In Satz 8 wird das Wort „Vertreterversammlungen" durch das Wort „Verwaltungsräte" ersetzt.	
38a. Nach § 79 b wird folgender § 79 c eingefügt: **„§ 79 c** **Beratender Fachauschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse** **Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen**	**Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung gebildet, der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Weitere beratende Fachausschüsse können gebildet werden. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind von dem Verwaltungsrat aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der Kassenärztlichen Bundesvereingung aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Das Nähere über die beratenden Fachausschüsse und ihre Zusammensetzung regelt die Satzung. § 79 b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend."**
39. § 80 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt: „(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von	

Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Das Nähere bestimmt die Satzung. Die Mitglieder jedes Verwaltungsrates wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die ihnen zustehenden Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. **Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind auch die Vorsitzenden der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen.“**

b) Absatz 1a wird aufgehoben.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Vertreterversammlung“ durch die Wörter „der Verwaltungsrat“ und das Wort „ihrer“ durch das Wort „seiner“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„§ 43 Abs. 3 des Vierten Buches gilt entsprechend. Bei jeder Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist ein Vorstandsmitglied nach Satz 1 Nr. 2 auf Vorschlag der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen.““

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Selbstverwaltungsorgane“ durch die Wörter „des Verwaltungsrates“ und das Wort „vier“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „vierten“ durch das Wort „sechsten“ ersetzt.

40. § 81 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Vertreterversammlung" durch die Wörter „der Verwaltungsrat" ersetzt.

bb) In Satz 3 Nr. 3 werden die Wörter „der Vertreterversammlung" durch die Wörter „des Verwaltungsrates" ersetzt.

b) In Absatz 3 Nr. 2 werden das Wort „und" nach der Angabe „§ 92" durch ein Komma und die Angabe „§ 135 Abs. 3" durch die Angabe „§ 136 a Abs. 1 und § 136 b Abs. 1 und 2" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

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

41. § 83 wird wie folgt geändert:

a) „In Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)" gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben."

42. § 84 wird wie folgt gefaßt:

„§ 84
Arznei- und Heilmittelbudget

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Das Budget ist für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren. Bei der Anpassung des Budgets sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzli-

chen Leistungspflicht der Krankenkassen,

4. bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen

zu berücksichtigen. Von bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven nach Satz 3 Nr. 4 soll insbesondere dann ausgegangen werden, wenn und soweit die nach Absatz 3 erfaßten Ausgaben in dem gegenüber dem Budgetzeitraum vorvergangenen Kalenderjahr den nach Satz 7 für dieses Kalenderjahr ermittelten Referenzwert übersteigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln auf der Grundlage der nach Ab satz 3 erfaßten Ausgaben für alle Vertragsregionen und der Angaben der amtlichen Statistik KM 6 einen nach Alter und Geschlecht standardisierten durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versicherten für jede Vertragsregion. Die Standardisierung ist auf der Basis der sich aus der Statistik KM 6 ergebenden Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten für das gesamte Bundesgebiet durchzuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln aus den Ausgabenbeträgen des Drittels der Vertragsregionen mit den niedrigsten Ausgabenbeträgen den Mittelwert (Referenzwert) und geben ihn im Bundesanzeiger bekannt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die in den Sätzen 5 bis 7 genannten Aufgaben einer von ihnen gebildeten Arbeitsgemeinschaft übertragen.

(2) 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 Ausgleichsbetrag verringert sich um die nach § 106 Abs. 8 Nr. 3 vom Prüfungsausschuss für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse.** Der übersteigende Betrag nach Satz 1 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 1 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 **Absatz 1** Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungsbetrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.

(3) Die Krankenkassen erfassen die während der Geltungsdauer der Budgets nach Absatz 1 veranlaßten Ausgaben nach Absatz 2 Satz 1 nicht versichertenbezogen und übermitteln die Angaben jeweils an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Ärzte, die die Ausgaben veranlaßt haben, angehören. Die Ausgaben nach Satz 1 werden in der Weise erfaßt, daß eine Zuordnung nach Alterskategorien und Geschlechtsmerkmalen der Versicherten entsprechend der Gliederung der amtlichen Statistik KM 6 möglich ist; personenbezogene Angaben der Versicherten dürfen nicht erfaßt werden. Die Krankenkassen können Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Zusammenführung und Übermittlung der Daten beauftragen. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.	
(4) Das Budget nach Absatz 1 gilt bis zum Inkrafttreten einer Folgevereinbarung.	
(5) Der Bundesminister für Gesundheit kann das Nähere zum Verfahren der Datenerfassung nach Absatz 3	durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen. Er kann ferner bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Budgets nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen."
	43. § 85 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt gefaßt: „Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Absatz 2 und aufgrund der Mehrkostenregelung nach § 28 Absatz 2 Satz 3 sowie für das zahnärztliche Honorar nach § 30 Absatz 3 Satz 1 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen."
	b) Absatz 3 c wird wie folgt gefaßt: „Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegte Zahl der Mitglieder von der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils

folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen."

c) Die Absätze 4 bis 4 f werden gestrichen.

44. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, daß unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; innerhalb der Gliederung der fachärztlichen Leistungen können weitere Untergliederungen nach Fachgruppen vorgesehen werden. Dabei sind diejenigen **spezialisierten fachärztlichen** Leistungen festzulegen, **die nur auf Überweisung eines nicht entsprechend spezialisierten Vertragsarztes** abgerechnet werden dürfen. **Ferner sind diejenigen hausärztlichen Leistungen festzulegen,** die von einem an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nur abgerechnet werden dürfen, wenn eine Bestätigung des Versicherten über die Wahl dieses Arztes als Hausarzt nach § 76 Abs. 3 Satz 2 seinen Abrechnungsunterlagen beigefügt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, daß die Abrechnung dieser Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt."

bb) Sätze 4 (alt) und 5 (alt) werden gestrichen; Sätze 6 bis 8 (alt) werden Sätze 8 bis 10."

b) Nach Absatz 2 b werden folgende Absätze angefügt:

„(2 c) Die Bewertung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ist bis zum 31. Dezember 2000 unter Beachtung der Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 durch Einführung einer veranlasserbezogenen Vergütungsregelung neu zu bestimmen.

(2 d) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefaßt werden. Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 2001 nicht zustande, hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuß nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von 6 Monaten die Vereinbarung fest."

45. Nach § 87 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 87 a
Honorarverteilungsmaßstab

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei im Benehmen den mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an; dabei sind die nach Absatz 3 zu bestimmenden Kriterien zu beachten. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrundezulegen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung pro Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen,

daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. 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 Re gelleistungsvolumen 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.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Verbänden der Krankenkassen die für die **Entscheidung über die Erklärung des Benehmens** nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 2 vereinbaren das Nähere zu Art und Umfang der Daten sowie zum Verfahren der Bereitstellung der Daten erstmalig bis zum 28. Februar 2000.

(3) Der Bewertungsausschuß (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind; **er bestimmt ferner den Inhalt der nach Absatz 1 Satz 5 (neu) zu treffenden Regelungen.** Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zugrunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen.

(4) Kommt eine Entscheidung des Bewertungsausschusses nach Absatz 3 Satz 1 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet der er-

weiterte Bewertungsausschuß nach § 87 Abs. 4 bis zum 30. April 2000. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt bis zum 30. April 2000.

(5) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen 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.

(6) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen

nach dem Leistungsquartal zu erfassen, 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 5 zugrunde zu legen.

(7) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 5 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 Vertragszahnärzte und der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben die Honorareinsparungen aus den Vergütungsminderungen nach Absatz 5 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 5. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(9) 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 6 bis 8 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.

§ 87 b

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und nach § 30 Abs. 3 Satz 2 ist die Gebührenordnung für

Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zugrundeliegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. Die Begrenzung nach Satz 2 und 3 entfällt, wenn der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a und der Bewertungsausschuß seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2d Satz 2 erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien und der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses."	weichende Regelungen vereinbaren, jedoch darf die Zahl von zwei Vertretern nicht unterschritten werden. Reduziert sich die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so reduziert sich die Zahl der Vertreter der Zahntechniker entsprechend."
45 a. In § 89 Abs. 8 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt: „Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit; ist nur eine Kassenart betroffen, wirken der Vertreter dieser Kassenart und einer seiner Stellvertreter mit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können hiervon ab-	46. § 92 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst: „Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,"
	b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt: „(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von exter-

nem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen vorgeben, einen Beschluß zu einzelnen dem Bundesausschuß durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. Bei Nichteinhaltung der Frist faßt eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluß. Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.	(1b) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134 Abs. 2 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."
	c) In Absatz 2 werden die Sätze 3, 4 und 5 aufgehoben.
	d) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.
	e) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz eingefügt: „(7a) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

47. entfällt

„§ 92 a

Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird ein Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet, das aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle besteht.

Mitglieder der Kommission sind

1. drei medizinische Sachverständige, davon zwei aus der ärztlichen Praxis und einer aus der klinischen Medizin,
2. zwei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

4. ein Sachverständiger der Phytotherapie,
5. ein Sachverständiger der Homöopathie,
6. ein Sachverständiger der anthroposophischen Medizin

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie.

Die Sachverständigen und ein Stellvertreter für jede der in Satz 2 und 3 genannten Gruppen werden vom Bundesministerium für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen.

(2) Die Mitglieder der Kommission nach Absatz 1 Satz 3 und 4 und die Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt durch Erklärung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten. Sie haben dem Bundesministerium für Gesundheit vor ihrer Berufung alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten und der pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenzulegen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsführung der Mit-

glieder der Kommission, die Geschäftsführung und das Verfahren zu bestimmen. Die Mitglieder der Kommission erhalten Ersatz der Auslagen und ein Entgelt für den Zeitaufwand.

(4) An den Sitzungen der Kommission können die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und weitere Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit teilnehmen. Die Beratungen der Kommission sind vertraulich.

(5) Das Institut erstellt auf der Grundlage der Kriterien nach Absatz 6 zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 34 a eine Vorschlagsliste von Arzneimitteln, die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind (Vorschlagsliste). Die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie werden in einem Anhang aufgelistet. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen können in den Hauptteil der Vorschlagsliste aufgenommen werden, sofern sie den für diesen geltenden Urteilsstandards entsprechen. Die Vorschlagsliste einschließlich Anhang ist nach Anwendungsgebieten und Stoffgruppen zu ordnen. Sie kann Anwendungsgebiete von Arzneimitteln von der Verordnungsfähigkeit ausnehmen oder die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln an bestimmte medizinische Bedingungen knüpfen.

(6) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

(7) Das Institut kann zu seiner Beratung Sachverständige heranziehen. Die Behörden des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie sind verpflichtet, der Kommission auf Verlangen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

(8) Die Kommission beschließt die Vorschlagsliste mit mindestens sieben Stimmen. Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, den Vereinigungen zur Förderung der Belange der besonderen Therapierichtungen, den Berufsvertretungen der Ärzte und Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Industrie sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vorschlagsliste ist erstmalig bis zum 31. März 2001 zu beschließen.

(9) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann die Aufnahme eines Arzneimittels in die beschlossene Vorschlagsliste beantragen. Soweit es sich um neu zugelassene Arzneimittel handelt, hat das Institut innerhalb von drei Monaten nach der Bekanntmachung der Zulassung des Arzneimittels über dessen Aufnahme in die Vorschlagsliste zu entscheiden. Kommt eine Entscheidung innerhalb dieser Frist nicht zustande, ist das Arzneimittel bis zu einer gegenteiligen Entscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig. Arzneimittel, die den Anforderungen nach Absatz 6 nicht oder nicht mehr entsprechen, sind aus der Vorschlagsliste herauszunehmen.

(10) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach § 34 a verordnungsfähig sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(11) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34 a gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfah-

ren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34 a gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend."

48. In § 93 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten „§ 34 Abs. 1" die Worte „oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3" gestrichen.

49. In § 95 Abs. 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und der Halbsatz „oder wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist und keine nach § 79 Abs. 4 Satz 5 zulässige Tätigkeit als Vertragsarzt ausübt." eingefügt.

50. In § 95 a Abs. 2 und 3 wird jeweils das Wort „dreijährigen" durch das Wort „fünfjährigen" ersetzt.

51. In § 96 Abs. 2 wird Satz 3 aufgehoben.

52. In § 97 Abs. 2 Satz 4 wird die Angabe „5" durch die Angabe „4" und die Angabe „7" durch die Angabe „6" ersetzt.

53. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird die Angabe „§ 85 Abs. 4 b Satz 3 und 4" durch die Angabe „§ 87 a Abs. 5 Satz 3 und 4" ersetzt.

bb) In Nummer 5 wird die Angabe „§ 85 Abs. 4 b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8" durch die Angabe „§ 87 a Abs. 5 Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8" und der Punkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:

„6. Voraussetzungen, unter denen der Zulassungsausschuß eine Praxis in den Fällen des § 103 Abs. 4 schließen kann, insbesondere wenn deren Praxisumfang erheblich unter dem Durchschnitt des Praxisumfanges der

Praxen in der Fachgruppe liegt oder wenn auf Grund der besonderen lokalen Versorgungsdichte kein Versorgungsbedarf für die Praxis besteht sowie Einzelheiten des Verfahrens."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden in Nummer 2 das Komma durch das Wort „oder" ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.

bb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden **ab dem 1. Januar 2001** mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs. 2; **Absatz 4 bleibt unberührt.** Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Hausärzten und Internisten, die nach dem 31. Dezember 2000 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat; die Feststellungen sind erstmals zum Stand vom 31. Dezember **2000 bis zum 31. Januar 2001 zu treffen.** Anträge nach Satz 5 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren."

54. §102 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1 und in Satz 1 wird das Datum „1. Januar 1999" durch das Datum „1. Januar 2003" ersetzt.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen nach Absatz 1 erstellen zu lassen."

55. § 103 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet, kann der Zulassungsausschuß auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, des Landesverbandes einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Ersatzkassen die Praxis nach den Vorgaben der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen nach § 101 Abs. 1 Nr. 6 gegen eine am Verkehrswert bemessene Entschädigung schließen. Die Kosten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits, den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen andererseits zu gleichen Teilen getragen. Wird die Praxis nicht nach Satz 1 geschlossen und soll sie von einem Nachfolger weiter geführt werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in dem für die amtliche Bekanntmachung vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbung zu erstellen. Dem Zulassungsausschuß sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuß den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, eine Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Ab 1.Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze grundsätzlich nur Allgemeinärzte zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur

insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt."

56. § 106 wird wie folgt gefaßt:

„§ 106
Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Bildung gemeinsamer Prüfungsausschüsse zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Prüfungsausschüsse führen unter Beachtung der in dieser Vorschrift genannten Vorgaben die Prüfungen nach Absatz 2 durch. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind Regelungen über die Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse zu treffen; die mit der Aufgabenerfüllung der Ausschüsse verbundenen Kosten werden von den Vertragspartnern gemeinsam getragen.

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach Absatz 5 (Auffälligkeitsprüfung),
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Die Höhe der Stichprobe nach Satz 1 Nr. 2 ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen; der Prüfungsausschuß kann für die Zwecke der Prüfung Gruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen bilden.

(3) Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlaßter Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen. **Die Prüfungen nach Durchschnittswerten sind für den Zeitraum eines Quartals, die Prüfungen bei Überschreitung der**

Richtgrößen für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen nach Absatz 5 geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt. Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auf der Grundlage der arzt- und versichertenbezogenen Daten über die erbrachten, verordneten und veranlaßten Leistungen für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, **soweit aufgrund der für die Prüfung bereitgestellten Daten dafür Veranlassung besteht,**

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien der Bundesausschüsse enthaltenen Vorgaben,
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

In die Prüfungen nach Absatz 2 sind auch die Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind.

(4) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. **Sie können über die in Absatz 2 bestimmten Prüfungsarten hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren.** In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

(5) Für die Prüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen (Absatz 2 Satz 1 Nr. 1) vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Prüfungen

bei Überschreitung der Richtgrößen werden durchgeführt, wenn die Richtgrößen um mehr als 5 vom Hundert überschritten werden und aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen ist, daß die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Bei einer Überschreitung der Richtgrößen um mehr als 15 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich aus der Überschreitung der Richtgrößen ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Richtgrößen gelten bis zum Inkrafttreten von Folgevereinbarungen.

(6) Den Prüfungsausschüssen nach Absatz 1 gehören Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. In den Vereinbarungen nach Absatz 1 ist auch die Bildung von Beschwerdeausschüssen vorzusehen; die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(7) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 2 Satz 1, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, können der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.

(8) Der Prüfungsausschuß entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind; das Prüfverfahren kann auch auf Antrag der Krankenkasse, ihres Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigung eingeleitet werden. Maßnahmen der Prüfungsausschüsse sind

1. die mündliche oder schriftliche Beratung,
2. die Festsetzung der Honorarkürzung,
3. die Festsetzung des Regresses in Bezug auf Unwirtschaftlichkeit bei verordneten oder veranlaßten Leistungen.

Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die

betroffenen Landesverbände der Krankenkassen **und Verbände der Ersatzkassen** sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 SGG).

(9) Die Absätze 1 bis 8 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen; § 106a gilt entsprechend.

(10) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, auf Verlangen des Prüfungsausschusses die für die Prüfungen erforderlichen Unterlagen einschließlich der Befunde, **Fremdbefunde** und Dokumentationen vorzulegen und auf Vorladung des Prüfungsausschusses zu Beratungsmaßnahmen oder Ausschußsitzungen zu erscheinen, **die für Prüfung erforderlichen Unterlagen sind unverzüglich zurückzugeben, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.**

57. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106 a
Abrechnungsprüfung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen der Vertragsärzte **durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.** Insbesondere sind Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistungen unter Plausibilitätsaspekten auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs für die abgerechneten Leistungen vorsehen. Die Annahmen zum Zeitbedarf für die Erbringung der Leistungen können auf der Grundlage von Schätzungen des bei sachgerechter Erbringung der Leistungen nicht unterschreitbaren Zeitaufwands bestimmt werden. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind den Prüfungsausschüssen nach § 106 zur Verfügung zu stellen und in die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 einzubeziehen.

(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind

verpflichtet, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung die für die Prüfung nach Absatz 1 erforderlichen Befunde, **Fremdbefunde** und sonstigen Unterlagen vorzulegen; **die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen sind unverzüglich zurückzugeben, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.**

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 sind bis zum 31. März 2000 zu treffen. Soweit die Vereinbarungen bis zu diesem Zeitpunkt nicht oder nicht vollständig zustande gekommen sind, wird der Vertragsinhalt durch das Schiedsamt bestimmt; die Vertragspartner teilen dem Vorsitzenden des Schiedsamtes unverzüglich nach Ablauf dieser Frist mit, ob die Vereinbarungen zustande gekommen sind."

58. § 108 wird wie folgt gefaßt:

„§ 108
Zugelassene Krankenhäuser

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

1. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben,
2. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes und
3. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2003 in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind."

59. § 109 wird wie folgt gefaßt:

„§ 109
Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 1 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrages. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2003 in ei-

nen Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgenommen sind, gelten bis zu einer Kündigung nach § 110 als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den Trägern der nach § 108 Nummer 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser erstmalig bis zum 31. Dezember 2003 die Leistungsstruktur des Krankenhauses und die Aufgabenstellung zur Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 109 a. Änderungen des Versorgungsauftrages, der Leistungsstruktur oder der Bettenzahl werden durch die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbart oder im Wege der Teilkündigung nach § 110 bewirkt. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

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

Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben nach § 109 a für eine Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben Abschluß, Änderung und Ablehnung von Versorgungsverträgen der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann den Abschluß, die Änderung und die Ablehnung eines Versorgungsvertrages beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109 a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind. Der Versorgungsvertrag und die Änderung eines Versorgungsvertrages werden wirksam, wenn die zuständige Lan-

desbehörde innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Beanstandung des Abschlusses und der Änderung eines Versorgungsvertrages und gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Beanstandet die Landesbehörde die Ablehnung eines Versorgungsvertrages und helfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Beanstandung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Beanstandung nicht ab, kann die Landesbehörde den Versorgungsvertrag für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen abschließen; gegen den Abschluß eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Über Klagen gegen eine von der Landesbehörde erhobene Beanstandung des Abschlusses oder der Änderung eines Versorgungsvertrages sowie den Abschluss eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde entscheiden die Landessozialgerichte im ersten Rechtszug.

(4) Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Durch den Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus in dem vereinbarten oder festgelegten Umfang zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuches Verhandlungen über Vergütungsvereinbarungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen."

60. Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 109 a

Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

Als Grundlage für den Abschluß, die Änderung und die Kündigung von Versorgungsverträgen beschließt die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Ver-

sorgungsverträge, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung fortzuschreiben sind. Die Rahmenvorgaben beinhalten insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen, die bezogen auf die medizinischen Fallkategorien des Vergütungssystems nach § 17 c Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz darzustellen sind, sowie Aussagen zur Sicherstellung der Notfallversorgung und Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbehandlung; sie haben auch die Versorgung von Patienten aus anderen Bundesländern zu berücksichtigen. Die Landeskrankenhausgesellschaft und weitere Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sind anzuhören. Soweit Einvernehmen nicht hergestellt wird, entscheidet die zuständige Landesbehörde. Die Rahmenvorgaben sind erstmals bis zum 30. September 2002 zu beschließen. Sie treten zum 1. Januar 2003 in Kraft. Grundlage für die erstmalige Ermittlung des Leistungsbedarfs bilden die Leistungszahlen des Jahres 2001 unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Leistungsdaten nach § 17 c. Abs. 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Beteiligten nach Satz 1 zur Ermittlung der Rahmenvorgaben bis zum 30. April 2002 zur Verfügung zu stellen."

61. § 110 wird wie folgt gefaßt:

„§ 110

Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Jede Vertragspartei kann einen Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise kündigen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 2 Satz 3 genannten Gründen unter Beachtung von Rahmenvorgaben nach § 109 a kündigen. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn der Kündigungsgrund nicht nur vorübergehend besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann die Kündigung beanstanden, wenn die Rahmenvor-

gaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109 a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind und das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach Anzeige der Kündigung eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Beanstandung einer Kündigung durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Über eine Klage gegen eine von der Landesbehörde erhobene Beanstandung einer Kündigung entscheidet das Landessozialgericht im ersten Rechtszug."

62. § 111 a Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird gestrichen.

b) In Nummer 6 wird folgender Halbsatz angefügt:
„soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137 d betroffen ist,"

63. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
„Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung"

b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses sowie die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch von ihnen bestellte Prüfer untersuchen lassen; mit der Prüfung der Qualität kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt werden. Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden."

c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
„Die nach Absatz 1 bestellten Prüfer sind befugt, Stichproben von akuten und abge-

schlossenen Fällen zu erheben. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten (Abteilungen) oder bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Die Krankenhäuser haben den nach Absatz 1 bestellten Prüfern die hierfür erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Prüfer sind befugt, zu diesem Zweck die Räume der Krankenhäuser zu betreten. Sie haben den Vertragspartnern und dem Krankenhausträger nicht versichertenbezogen mitzuteilen, welche Erkenntnisse sie gewonnen haben. Die Ergebnisse der Prüfung verschiedener Krankenhäuser können für Zwecke des § 5 Bundespflegesatzverordnung zusammengeführt werden."

d) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 83 Abs. 2, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136" durch die Angabe „§ 106 Abs. 2 und 4, § 106 a und § 136 a Abs. 2" ersetzt.

64. In § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 werden der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch ein Komma ersetzt.

65. § 115 a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam können mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbaren; sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend."

b) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „6" durch die Angabe „9" ersetzt.

66. § 115 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und

3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die nur mit Zustimmung der Krankenkasse stationär durchgeführt werden dürfen, und Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine Zustimmung nicht erforderlich ist. Wird ein gemäß Satz 2 gesondert benannter Eingriff stationär durchgeführt, obwohl eine Zustimmung der Krankenkasse nicht vorliegt und erklärt sich diese auch nicht nachträglich zur Kostenübernahme bereit, **ist der Anspruch auf Vergütung der Höhe nach auf die Vergütung bei ambulanter Durchführung des Eingriffs begrenzt.** In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 und die Richtlinien nach § 136 a Abs. 1 und § 136 b Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen sowie die Voraussetzungen und die Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze zu bestimmen, nach denen Abschläge von der Vergütung bei Krankenhäusern und Vertragsärzten vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten."

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Operationen" die Wörter „und stationserset-

zenden Eingriffe" eingefügt.	
c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt: „(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das erweiterte Bundesschiedsamt (§ 116 a Abs. 3) festgesetzt. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend."	
67. Nach § 116 wird folgender Paragraph eingefügt:	
„§ 116 a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	
(1) Krankenhäuser mit qualifizierten Krankenhausärzten sind auf Überweisung eines Vertragsarztes für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß dem Katalog nach Satz 2 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt, soweit und solange die regionale Versorgung nicht durch qualifizierte Vertragsärzte sichergestellt ist; für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend. Ein Katalog der ambulant zu erbringenden hochspezialisierten Leistungen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Das ermächtigte Krankenhaus hat unter Bezeichnung der hochspezialisierten Leistungen seine beabsichtigte Tätigkeitsaufnahme der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber anzuzeigen. Es darf die Behandlung erst aufnehmen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung nicht innerhalb von vier Wochen nach der Anzeige der Ermächtigung widersprochen hat. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung, entscheidet der Zulassungsausschuß auf Antrag des Krankenhauses, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ermächtigung vorliegen; bei Stimmengleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt. Bei Anrufung des Berufungsausschusses findet § 96 Abs. 4 Satz 2 keine Anwendung. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung dem Fortbestand der Ermächtigung, gilt Satz 5 und 6 entsprechend.	
	(2) Die ermächtigten Krankenhäuser haben sicherzustellen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen gegenüber nachzuweisen, daß die vertragsärztlichen Leistungen ausschließlich durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbil-

dung erbracht werden und den in Absatz 1 Satz 1 letzter Halbsatz genannten Qualitätsanforderungen entsprechen.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder."

67a. § 118 wird wie folgt gefaßt:

„§ 118

Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen, sowie die Einzelheiten des Verfahrens. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 116 a Abs. 3 SGB V entsprechend. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend."

68. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „, Polikliniken und sonstiger" durch das Wort „und" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Leistungen der Polikliniken, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Trägern der Hochschulen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muß die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Polikliniken soll eine Abstimmung mit der Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115 a) erfolgen und mindernd berücksichtigt werden, daß die Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre erfolgt. Bei Polikliniken an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist zusätzlich ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Einrichtungen" die Wörter „, mit Ausnahme der ermächtigten Krankenhäuser nach § 116a" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre" gestrichen.

cc) In Satz 4 werden im ersten Halbsatz nach den Wörtern „wird für" die Wörter „die Polikliniken," eingefügt und im zweiten Halbsatz die Wörter „Polikliniken und" gestrichen.

69. Nach § 125 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 125 a

Versorgungsverträge mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen **gemeinsam** mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 40 Abs. 1 genannten ambulanten Leistungen der Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht und die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit medizinischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation einschließlich der Anschlußrehabilitation notwendig sind. Soweit dies für die Erbringung wohnortnaher ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, können Verträge nach Satz 1 auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die die in Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllen, ohne daß für sie ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

(2) Der Versorgungsvertrag kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und den Trägern der Rehabilitationseinrichtungen zustande; er bedarf der Schriftform. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Die Vergütungen für die in § 40 Abs. 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

(4) Die in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2."

70. § 129 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:

„2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2,"

b) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4.

71. Nach § 132 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 132 b
Versorgung mit Soziotherapie

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 a Abs. 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Die Verträge enthalten insbesondere Regelungen über die Preise und deren Abrechnung. Die Krankenkassen oder die Verbände haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer nach Absatz 1 fest.

72. § 133 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Entgelte vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 zu beachten."

b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden die Sätze 3 bis 7.

73. Die Überschrift des Neunten Abschnitts Vierten Kapitels wird wie folgt gefaßt:

„Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung"

74. § 135 wird wie folgt geändert:	
a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden"	
b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stimmen ihren Arbeitsplan und die Bewertungsergebnisse nach Satz 2 mit dem Ausschuß Krankenhaus (§ 137 c) ab."	
c) Die Absätze 3 bis 6 werden aufgehoben.	
75. § 135 a wird aufgehoben.	
76. § 136 wird wie folgt gefaßt:	
„§ 136 Verpflichtung zur Qualitätssicherung	
(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der	Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen **verpflichtet**. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
	(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. **Zugelassene Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet,** einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.
	(3) entfällt

77. Nach § 136 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 136 a

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. **die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2,**
2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, **insbesondere aufwendiger medizintechnischer** Leistungen, und
3. **Kriterien für Qualitätsprüfungen und den Inhalt sowie Umfang der für die Qualitätsprüfungen vorzulegenden Unterlagen einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern, sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.**

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf der Grundlage der Richtlinien nach Absatz 1 die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. **§ 106 Abs. 10 gilt entsprechend.** Satz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. Über das Ergebnis der Stichprobenprüfungen sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen jährlich in anonymisierter Form zu unterrichten.

§ 136 b

Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

(1) Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt für die vertragszahnärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. **die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2,**

2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität **aufwendiger** diagnostischer und therapeutischer Leistungen, und
3. Kriterien für Qualitätsprüfungen **und den Inhalt sowie Umfang der für die Qualitätsprüfungen** vorzulegenden Unterlagen **einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern**, sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

(2) Der Bundesausschuß hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. Mängelgutachten können zu jedem Zeitpunkt veranlaßt werden, sofern ein Verdacht auf grundlegende Behandlungsfehler besteht. § 195 BGB bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen und Anreize für die Erreichung bestimmter Gesundheitsziele können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekanntmachen.

(3) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist zu einer umfassenden und systematischen Durchführung der Qualitätssicherung verpflichtet. Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Krankenkassen haben bei nachgewiesenen Einsparungen aufgrund von Qualitätssicherungsmaßnahmen die Kassenzahnärztliche

Vereinigung an den Einsparungen zu beteiligen; sie können dafür auch Rückflüsse aus der Degressionsregelung (§ 87 a) verwenden. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die entsprechenden Mittel zur weiteren Verbesserung der Qualitätssicherung zu verwenden.	Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere 1. die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 **sowie** die grundsätzlichen Anforderungen an **ein** einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, 2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, **insbesondere** aufwendiger medizintechnischer Leistungen, **und die Dokumentation** der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse, 3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und 4. Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.
(4) § 136 a Abs. 2 gilt entsprechend."	
78. § 137 wird wie folgt gefaßt:	
„§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern	
(1)) Die Spitzenverbände der Krankenkassen **und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der** Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung **für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser.** Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.	

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Die Verträge nach § 112 Abs. 1 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen. Soweit die Qualitätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Abschluß von Vereinbarungen nach Absatz 1 fort. **Für das Prüfungsverfahren bei Krankenhäusern gilt § 113.**	einem Vertreter, **der Verband der privaten Krankenversicherung mit einem Vertreter,** die Krankenhäuser mit zehn Vertretern beteiligt. Kommt in einem Vereinbarungsverfahren eine Mehrheitsentscheidung nicht zustande, wird auf Verlangen von mindestens drei Beteiligten nach Satz 2 ein weiterer stimmberechtigter unparteiischer Beteiligter hinzugezogen. Die Vertreter der Krankenkassen **und des Verbandes der privaten Krankenversicherung** gemeinsam sowie die Vertreter der Krankenhäuser gemeinsam haben jeweils das Vorschlagsrecht für den unparteiischen Beteiligten. Kommt eine Einigung über den unparteiischen Beteiligten nicht zustande, wird er durch Los bestimmt."
(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 kommen durch Mehrheitsentscheidung der Vereinbarungspartner zustande. Die Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse sind an dem Vertragsschluß mit drei Vertretern, die Ersatzkassen mit zwei Vertretern, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft mit je	79. **§ 137a wird aufgehoben** 80. § 137 b wird wie folgt gefaßt: „§ 137 b Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin Die Bundesärztekammer, die Kas-

senärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen, **der Verband der privaten Krankenversicherung** und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft. Diese hat hierzu den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Sie erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung. Der Arbeitsgemeinschaft sind von ihren Mitgliedern vertragliche Vereinbarungen über die Qualität und die Qualitätssicherung auf Bundes - oder Landesebene vorzulegen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Arbeitsgemeinschaft weitere Organisationen, soweit deren Belange berührt sind, sowie Vertreter der Patienten hinzuziehen."

81. Nach § 137 b werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 137 c

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die **Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen** und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, daß die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden; die

Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt. Die Beteiligten nach Satz 1 stimmen Arbeitsplan und Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und die Überprüfung der vertragsärztlichen und –zahnärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesausschüssen ab.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 bilden einen Ausschuß Krankenhaus. Der Ausschuß besteht aus drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser, vier Vertretern der Bundesärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. **Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 berufen.** § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit.

§ 137 d

Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Für stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam **und einheitlich mit den** für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

(2) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Re-

habilitationsmaßnahmen nach den §§ 23 Abs. 2 oder 40 Abs. 1 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 und 2 regeln insbesondere

1. die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2,
2. die Anforderungen an Qualitätsprüfungen, einschließlich des Inhalts und Umfangs der vorzulegenden Untersuchungs- und Behandlungsbefunde; **dies gilt auch für vorhandene Befunde von anderen Leistungserbringern.**

In den Vereinbarungen nach Absatz 1 sind auch die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu regeln. Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicher zustellen, daß die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. Bei Vereinbarungen nach Absatz 1 ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) Bei dem Abschluß von Verträgen nach § 111 sind die Vereinbarungen nach Absatz 1 und bei dem Abschluß von Verträgen nach §§ 125 Abs. 2 und 125 a Abs. 1 die Vereinbarungen nach Absatz 2 zu beachten. Die Verträge nach § 111 Abs. 2 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen; soweit die Qualitätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen. **Für das Prüfungsverfahren gilt § 113 entsprechend"**

„§ 137 e

Koordinierungsausschuß

(1) Die Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 91 Abs. 1 und den Ausschuß Krankenhaus nach § 137 c Abs. 2 bilden, mit Ausnahme der Bundesärztekammer, errichten als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuß.

(2) Der Koordinierungsausschuß setzt sich aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus, drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwei Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung zusammen. Bei den Beschlüssen nach Absatz 3 wirken an Stelle der drei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Zahnärzte fünf Vertreter der Ärzte mit. Bei den Beschlüssen über die Empfehlungen nach Absatz 4 wirken nur die Vertreter der betroffenen Organisationen mit; das Nähere über die Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses in diesen Fällen ist in der Geschäftsordnung zu regeln. Der Koordinierungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung und führt die Geschäfte der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Er stellt das für die Geschäftsführung notwendige Personal ein. Über die Verteilung der Kosten haben die Spitzenorganisationen nach Absatz 1 eine Vereinbarung zu treffen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

(3) Der Koordinierungsausschuss beschließt

1. insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann, und

2. die zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien nach Nr. 1 notwendigen Verfahren, insbesondere bezüglich der Dokumentation der Leistungserbringer.

Die Beschlüsse nach Nr. 1 und 2 sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die Vertragsärzte, mit

Ausnahme der Vertragszahnärzte, unmittelbar verbindlich. Der Koordinierungsausschuss gibt Empfehlungen für die Grundsätze zur Vergütung der Dokumentation. Zur Vorbereitung seiner Entscheidungen wird bei dem Koordinierungsausschuss eine sachverständige Stabsstelle eingerichtet, die sich externen wissenschaftlichen Sachverstands bedienen kann. § 94 gilt entsprechend. Vor der Entscheidung über die Beschlüsse nach Satz 1 ist der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.	**(6) Die Aufsicht über den Koordinierungsausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit. § 94 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 des Zehnten Buches gilt entsprechend."**
(4) Der Koordinierungsausschuß gibt Empfehlungen in sonstigen sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus.	
(5) Vor der Entscheidung des Koordinierungsausschusses über die Beschlüsse nach Absatz 3 Satz 1 ist den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit deren Belange berührt sind, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.	82. Nach dem Zehnten Abschnitt wird folgender Abschnitt eingefügt:
	„Elfter Abschnitt Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung
	§ 140 a Integrierte Versorgung
	(1) Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach den §§ 140 b und 140 d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140 b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den Integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Die Satzung der Krankenkasse regelt das Nähere über die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten einschließlich des Verfahrens, in dem sie ihre Entscheidung über die Teilnahme zu treffen haben. Soweit die Verträge nach den §§ 140 b und 140 d die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen oder zulassen, ist hierzu die schriftliche Einwilligung der betroffenen Versicherten einzuholen. **Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 4 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung schriftlich erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.**

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden. Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen.

§ 140 b

Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen oder deren bevollmächtigte Verbände können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der aufgrund von § 140 d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. **In den Verhandlungen über den Abschluß eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der**

Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, **Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 125 a Abs. 1 besteht,** oder deren Gemeinschaf-ten,
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,

abgeschlossen werden.

(3) Krankenkassen oder deren Verbände, die nicht Vertragspartei nach Absatz 1 sind, können den Verträgen frühestens zwei Jahre nach Vertragsabschluß auch ohne Zustimmung der Vertragsparteien beitreten, es sei denn, die Vertragsparteien vereinbaren ein früheres Beitrittsrecht. Die beitretende Vertragspartei ist verpflichtet, entsprechend dem im Integrationsversorgungsvertrag festzulegenden Verteilungsschlüssel den auf sie entfallenden Anteil an den Kosten der Errichtung und der Einrichtung der integrierten Versorgung zu übernehmen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2, 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach dem Vierten Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, daß sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten

Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muß, sicherstellen. **Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach Absatz 1 und 2 dürfen 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 und der Ausschuß nach § 137 c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.**

(5) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des Vierten Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. **Wird in Folge einer Vereinbarung nach Satz 1 für das Krankenhaus ein Erlösbudget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung nicht vereinbart, sind die von den Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger in einem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.**

(6) Soweit die integrierte Versorgung die vertragsärztliche Versorgung einschließt, haben die Vertragsparteien vor Abschluß des Vertrages über die integrierte Versorgung den Vertragsentwurf der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung zuzuleiten. Die Prüfung soll sich auf Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Vertrages erstrecken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat das Ergebnis ihrer Prüfung den Vertragspartnern spätestens innerhalb einer Frist von einem Monat seit Zugang mitzuteilen. Nach Ablauf der Frist können die Vertragspartner den Vertrag abschließen

(7) Die Verträge nach Absatz 1 bedürfen der Zustimmung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, soweit Vertragsärzte Vertragspartner sind und die Kassenärztliche Vereinigung nicht Vertragspartner nach § 140 b Abs. 2 ist. Diese kann die Zustimmung innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage der Verträge nur verweigern, wenn der Integrationsversorgungsvertrag den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d widerspricht. Erteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Zustimmung nicht, können die vertragsschließenden Krankenkassen oder die vertragsschließenden Verbände zur Ersetzung der Zustimmung das Landesschiedsamt nach § 89 Abs. 2 anrufen. Dieses entscheidet innerhalb von drei Monaten.

§ 140 c
Vergütung

(1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen der einbezogenen Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

(3) Die vertragsschließenden Krankenkassen und Verbände haben die Vorgaben des § 142 Abs. 3 zum Globalbudget zu beachten. Die vertragsschließenden Krankenkassen haben ihre Landesverbände, die vertragsschließenden Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen über beabsichtigte Vertragsabschlüsse nach Absatz 1 zu unterrichten.

(4) Die Beteiligten an der integrierten

Versorgung sind verpflichtet, die zur Sicherung der Einhaltung der Budgetierung nach § 142, zur Feststellung und Vermeidung von Risikoselektionen, zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 266, zur Abrechnung der Vergütung der integrierten Versorgung und der Vergütung der Leistungserbringer in der integrierten Versorgung sowie zur Bewertung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen erforderlichen Daten arzt- und - soweit erforderlich - versichertenbezogen zu übermitteln. Das Nähere hierzu regeln die Rahmenvereinbarungen nach § 140 d in entsprechender Anwendung der §§ 294, 295, 300 bis 304.	den Vertragspartnern der Verträge nach § 140 b ermöglichen, Einzelheiten der integrierten Versorgung in Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse zu regeln. Zu vereinbaren sind insbesondere: 1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der Integrierten Versorgung; 2. Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags **auf der Basis der nach § 136, § 136 a Abs. 1, § 136 b Abs. 1 und 2 und § 137e Abs. 3 bestimmten Richtlinien.** Eine Zertifizierung kann in regelmäßigen Abständen vorgesehen werden, 3. Regelungen über die Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte **sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140 b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1,**
§ 140 d Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung	
(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140 a ab. Die Rahmenvereinbarungen müssen es	

3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,

4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung **sowie Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütungen**, die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab **bereinigt werden**, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. **Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Die Rahmenvereinbarung muß Regelungen vorsehen, nach denen das Ergebnis der Anwendung der Bemessungs- und Bereinigungskriterien spätestens ein Jahr nach Abschluß der Vereinbarung über die Vergütung und Bereinigung überprüft wird.**

5. Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung unter Einschluß der Integrationsversorgung nach § 140 a und des Zahlungsausgleichs hierfür zwischen den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Trägern der Integrationsversorgung,

(2) Die Vertragspartner haben die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2000 zu treffen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

§ 140 e

Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich **mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140 a schließen, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern **Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung schließen.**

§ 140 f

Bereinigung, Ausgleiche

(1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 haben die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 140 d Abs. 1 Nr. 4 zu bereinigen. § 89 gilt.

(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben das Arznei- und Heilmittelbudget zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Budgets sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. § 89 gilt.

(3) Schließt die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nicht ein, sind die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140 b Abs. 2 im Falle einer Überschreitung des Budgets nach § 84 Abs. 1 am Ausgleich der Budgetüberschreitung entsprechend des auf die integrierte Versorgung entfallenden Anteils an der Summe der von den Krankenkassen nach § 85 gezahlten Gesamtvergütungen zu beteiligen.

§ 140 g

Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die in den nach § 140 b und in der Satzung der Krankenkasse festgelegten Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben nehmen und die Versorgungsform zu nachgewiesenen Einsparungen geführt hat. Die Krankenkasse hat die Einhaltung der Voraussetzungen für die Bonusleistung zu überprüfen. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140 b und 140 d zu regeln.

§ 140 h

Offenlegungspflichten

Die Vertragspartner nach § 140 b Abs. 2 unterrichten die Krankenkassen über

1. die Kriterien über die Aufnahme neuer Leistungserbringer in die Vertragspartnerschaft, soweit diese Kriterien nicht Gegenstand des Vertrags nach § 140 b sind, 2. Namen und Anschriften der Eigenkapitalgeber der Vertragspartner nach § 140 b Abs. 2, 3. von Dritten erhaltene Zuwendungen.“	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter-, und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von 2 Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.“
83. Die Überschrift des 5. Kapitels wird wie folgt gefaßt:	
„Fünftes Kapitel Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Globalbudget“	
84. § 141 Absatz 4 wird wie folgt geändert:	85. § 142 wird wie folgt gefaßt:
„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie. Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die	„§ 142 Globalbudget (1) Die Krankenkasse bildet ein Volumen als Obergrenze sämtlicher jährlicher Leistungsausgaben und Verwaltungskosten (Globalbudget). Zur

Sicherung der Beitragssatzstabilität verändert sich das Globalbudget in dem jeweiligen Folgejahr um die nach Absatz 8 Satz 1 vom Bundesministerium für Gesundheit für den dort genannten Zeitraum festgestellte Rate für das gesamte Bundesgebiet. Übersteigt die nach Absatz 8 Satz 1 festgestellte Veränderungsrate für das Beitrittsgebiet die Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 2 diese Veränderungsraten jeweils zugrunde zulegen. Die Veränderungen der Versichertenzahl und -struktur der Krankenkasse sind zu berücksichtigen; **Grundlage sind die Erhebungen nach § 267 Abs. 2. Das Nähere vereinbaren die Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.**

(2) Die Berechnungsgrundlage für die Obergrenze nach Absatz 1 im Jahr 2000 sind die Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) für das Jahr 1998. **Diese werden je Mitglied um 2,6 vom Hundert erhöht.**. Der Betrag nach Satz 2 erhöht sich zudem um die Rate nach Absatz 8 Satz 4. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt für die Berechnung der Obergrenze im Jahr 2000 entsprechend.

(3) Für die Einhaltung der Obergrenze nach Absatz 1 sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie die Bundesverbände der Krankenkassen im Rahmen der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben verantwortlich. Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben bei den von ihnen zu schließenden Verträgen für die Einhaltung der Obergrenze nach Absatz 1 Sorge zu tragen. Verträge über Vergütungen mit Leistungserbringern, die einen höheren Ausgabenanstieg als die nach Absatz 8 festgestellte Veränderungsrate zum Inhalt haben, können vereinbart werden, wenn entsprechende Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vertraglich abgesichert **oder bereits tatsächlich erfolgt sind und entsprechende Leistungen, Leistungsverlagerungen oder Investitionen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit oder Qualität diesen Ausgabenanstieg rechtfertigen.** Die Parteien der Vergütungsverträge sind verpflichtet, Änderungen der Aufteilung der Leistungserbringung zwischen Leistungserbringern und Leistungssektoren in den Vergütungsverträgen entsprechend zu berücksichtigen. Die zuständigen Schiedsämter und Schiedsstellen haben die Vorgabe nach Satz 3 und Absatz 1 Satz 4 besonders zu prüfen

und bei ihren Entscheidungen zu beachten. Die Verantwortlichen sind zur zeitnahen, wechselseitigen Information und zur Zusam menarbeit verpflichtet.

(4) Bei einer drohenden oder tatsächlichen Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 hat die Krankenkasse in ihrem Verantwortungsbereich unverzüglich die erforderlichen Maßnahmen zur Einhaltung der Obergrenze zu ergreifen. Eine drohende oder tatsächliche Überschreitung der Obergrenze ist dem zuständigen Landesverband oder dem zuständigen Verband der Ersatzkassen anzuzeigen. Überschreiten die auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) festgestellten Ausgaben die Obergrenze nach Absatz 1, soll die Überschreitung von der Krankenkasse in den darauffolgenden zwei Jahren in vollem Umfang ausgeglichen werden.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben bei einer drohenden oder tatsächlichen Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 ursachenbezogen in dem erforderlichen Umfang die betreffende Krankenkasse zu beraten. Sie können nach Maßgabe der Satzung konkrete Maßnahmen zur Einhaltung der Obergrenze vorgeben. Entsprechendes gilt für die Bundesverbände der Krankenkassen bei einer tatsächlichen oder drohenden Überschreitung der Summe der Obergrenzen nach Absatz 1 innerhalb des Zuständigkeitsbereichs eines Landesverbandes. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Das Nähere zur Einhaltung des Globalbudgets, insbesondere zur Beratung, zur wechselseitigen Information und Vorgabe konkreter Maßnahmen durch die Verbände sowie zum Ausgleich einer Budgetüberschreitung regeln die Krankenkassen, die Landesverbände und die Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechend ihrem Aufgabenbereich in ihren Satzungen. Die jeweiligen Satzungen der Krankenkassen und der Verbände sind aufeinander abzustimmen. Die Beschlüsse hierzu und die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 5 sind mit Wirkung bis zum 1. Juli 2000 zu treffen.

(7) Die Krankenkasse hat eine drohende oder tatsächliche Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Die Aufsichtsbehörden können auf Kosten der Krankenkasse Prüfungen durchführen lassen und sollen die Krankenkasse sowie die zuständigen Verbände zu den erforderlichen Maßnahmen veranlassen.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt jeweils bis zum 15. September eines jeden Jahres die getrennt nach gesamtem Bundesgebiet, Beitrittsgebiet und übrigem Bundesgebiet ermittelten durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied für den Zeitraum der zweiten Kalenderhälfte des Vorjahres und der ersten Kalenderhälfte des laufenden Jahres gegenüber den entsprechenden Vorjahreszeiträumen fest. Grundlage sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (KV 45). Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Die Feststellung der Veränderungsraten im Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber den entsprechenden Vorjahreszeiträumen erfolgt am Tag nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und wird im Bundesanzeiger veröffentlicht."

86. Dem § 173 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse."

87. Dem § 175 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden."

87 a. Dem § 193 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes

endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzli- cher Feiertag liegt.	Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie durch die Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6."
87 b . In § 210 Abs. 2 wird die Angabe „ 135 Abs. 3" durch die Angabe „136 a Abs. 1, 136 b Abs. 1	90. In § 217 Absatz 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:
88. In § 211 Absatz 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:	„1a) Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen ihrer Mitglieder und deren Mitgliedskassen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6,"
„1a) Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6,"	91. Nach § 219 werden folgende Paragraphen eingefügt:
89. Dem § 212 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:	„§ 219 a Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung- Ausland
„Die Verbände unterstützen ihre Mitglieder durch die Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der	(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland **(Verbindungstelle).** Die Verbindungsstelle nimmt die ihr durch

über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben wahr. Sie nimmt insoweit auch Aufgaben wahr, die nach über- und zwischenstaatlichem sowie nach innerstaatlichem Recht bis zum Inkrafttreten dieser Vorschrift dem AOK-Bundesverband in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle übertragen waren. Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Information, Beratung und Aufklärung.

(2) Die Verbindungsstelle ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(3) Organe der Verbindungsstelle sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte der Verbindungsstelle. Er vertritt die Verbindungsstelle gerichtlich und außergerichtlich. **§ 31 Abs. 3 des Vierten Buches gilt entsprechend.** Das Nähere bestimmt die Satzung.

(5) Die §§ 34, 37 und 38 des Vierten Buches sowie § 194 Abs. 1 Nr. 10 gelten entsprechend.

§ 219 b

Verwaltungsrat der Verbindungsstelle

(1) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die Betriebs- und Rechnungsführung jährlich zu prüfen und die Jahresrechnung abzunehmen,
4. den Finanzierungsanteil als Umlage nach § 219 d zu beschließen,
5. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen und zu entlasten.

(2) Die Spitzenverbände der in § 35 a Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen entsenden je ein Vor-

standsmitglied, die übrigen Spitzenverbände je ein Mitglied der Geschäftsführung in den Verwaltungsrat.	nungsgrundlage für die Umlagen sind die **Mitgliederzahlen.** Das Nähere bestimmt die Satzung.
(3) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefaßt. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.	(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die Regelungen in den §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5 und § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, 73 bis 76 Abs. 1 und 2, § 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und § 263 entsprechend.
§ 219 c Ständiger Arbeitsausschuß der Verbindungsstelle	
Die Verbindungsstelle hat einen Ständigen Arbeitsausschuß, in den jeder Spitzenverband einen Vertreter entsenden kann. Dieser berät und unterstützt den Geschäftsführer. Das Nähere bestimmt die Satzung.	(3) Die Verbindungsstelle untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit; die Aufsicht wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgeübt. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend."
§ 219 d Finanzierung und Aufsicht über die Verbindungsstelle	
(1) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch die von den Mitgliedern im Voraus zu tragenden Umlagen und die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Berech-	92. In § 229 Abs. 1 Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt: „sowie für Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen."

93. Dem § 232 wird nach Absatz 2 folgender Absatz angefügt:

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

94. In § 235 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „um" die Worte „den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um" eingefügt.

95. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 a wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für hinterbliebene Ehegatten der dort genannten Versicherten, wenn ihre Versicherung nach § 10 erlischt und sie der Versicherung beigetreten sind."

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend."

c) In Absatz 4 a werden die Wörter „beruflich bedingten Auslandsaufenthalts" durch die Wörter „Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist," ersetzt.

96. In § 251 wird nach Absatz 4 a folgender Absatz eingefügt:

„(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebil-

det werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge."	
97. In § 256 Abs. 2 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.	
98. § 257 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1)" die Wörter „oder auf Grund von § 6 Abs. 3a" eingefügt.	
b) Absatz 2 a wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:	
„2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversiche-	rungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils ver-

gleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,"	pflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versiche-
bbb) Nach Nummer 2 werden folgende Nummern eingefügt:	
„2 a. sich ver-	

rungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,	bar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
2 b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, **sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen** unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzenden Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleich-	2 c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, **die nach allgemeinen Aufnahme-**

	regeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) annehmen.
ccc)	In Nummer 5 werden nach dem Wort „betreibt" der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt: „oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuß nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet."
bb)	Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt: „Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen."
c)	In Absatz 2 b werden nach der Angabe „Nr. 2" die Angabe „und 2 a bis c", nach dem Wort „ist" die Wörter „und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt" eingefügt und folgender Satz angefügt: „Für in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit,

Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird."

99. § 258 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Beitragszuschüsse für andere Personen"

b) In Satz 1 werden dem Wort „Bezieher" folgende Wörter vorangestellt:
„In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie".

100. entfällt

101. In § 267 Abs. 5 werden in Satz 1 die Wörter „dem Krankenschein" durch die Wörter „der Krankenversichertenkarte" und in Satz 2 die Wörter „der Krankenschein" durch die Wörter „die Krankenversichertenkarte" ersetzt.

102. Der Zweite Titel des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird aufgehoben.

103. § 275 wird wie folgt gefaßt:

„§ 275

Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände (Landesverbände und Spitzenverbände der Krankenkassen) sind, wenn es zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (§ 12) sowie der Qualität der Leistungen der Krankenkassen insbesondere

1. in der ambulanten Versorgung, einschließlich Psychotherapie und psychotherapeutische Behandlung,

2. in der vertragszahnärztlichen Versorgung, einschließlich Zahnersatz, kieferorthopädische Versorgung und über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Leistungen,
3. in der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. in der stationären Versorgung, einschließlich der Verzahnung mit der ambulanten Versorgung und der Prüfung des Leistungsspektrums und der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme,
5. für medizinische Vorsorge- und Rehablitationsmaßnahmen,
6. für die Beurteilung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens vertragsärztlicher, vertragszahnärztlicher oder stationärer Leistungen einschließlich neuer Methoden der Diagnostik, Therapie und der Versorgung nach Nummer 3,
7. für die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung,
8. bei der Versorgung mit Soziotherapie

erforderlich ist, verpflichtet, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) zu beteiligen und gutachtliche Stellungnahmen einzuholen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen den Medizinischen Dienst insbesondere für die Beratungen und Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern, für die Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse, die Beratungen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (§ 137 c), für die Prüfung der Qualitätssicherung sowie für die Prüfung der Abrechnungen der erbrachten Leistungen beteiligen. Für die Beratungen zu Verträgen über integrierte Versorgungsformen (§ 140 a) sowie zur Planung und Durchführung von Modellvorhaben können die Krankenkassen und ihre Verbände den Medizinischen Dienst beteiligen.

(2) Eine Prüfung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 hat im Einzelfall zu erfolgen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung, nach dem Krankheitsverlauf oder bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. Eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes soll auch bei Arbeitsunfähigkeit zur Beseitigung von Zweifeln am Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit oder auf Verlangen des Arbeitgebers eingeholt werden. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben. Ist eine Prüfung der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 erforderlich, kann die Krankenkasse ungeachtet eines nach § 82 abgeschlossenen Vertrages eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen. Unterstützt eine Krankenkasse einen Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66), kann sie eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen."

(3) In geeigneten Fällen hat der Medizinische Dienst in seiner Stellungnahme im Benehmen mit dem behandelnden Arzt die Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere die Aufstellung eines Gesamtplanes nach § 5 Absatz 3 des Rehabilitations-Anglei-chungsgesetzes, bei Arbeitsunfähigkeit Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere die Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, zu empfehlen. Die Krankenkassen sollen den Medizinischen Dienst informieren, wenn sie von dem Ergebnis der Prüfung oder der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen.

(4) Das Nähere über die Begutachtung im Einzelfall nach Absatz 2 und 3 ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

(5) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(6) Versicherte können sich im Rahmen der nach Satz 2 bestimmten Beratungsfelder vom Medizinischen Dienst beraten lassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen legen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst die Beratungsfelder fest. Das Nähere über die Beratung der Versicherten und deren Zugang zum Medizinischen Dienst ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

(7) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen."

104. § 275 a wird wie folgt gefaßt:

„§ 275 a

Stationäre Versorgung

(1) Um Fehlbelegungen zu vermeiden und bestehende Fehlbelegungen zügig abzubauen, ist der Medizinische Dienst befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten (Abteilungen) oder bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Die Krankenhäuser haben dem Medizinischen Dienst die hierfür erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, zu diesem Zweck die Räume der Krankenhäuser zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse und dem Krankenhaus fallbezogen, nicht versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit er Fehlbelegungen festgestellt hat. **Die gespeicherten Sozialdaten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist.**

(2) Soweit Krankenhausleistungen nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung (Fallpauschalen und Sonderentgelte) vergütet werden, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen den Medizinischen Dienst beauftragen, die Abrechnungen unter medizinischen Aspekten zu prüfen. Absatz 1 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3) Wird der Medizinische Dienst beauftragt, die Qualität der stationären Versorgung oder der medizinischen Leistungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu prüfen, gilt Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst hat Informationen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen und die ihm insbesondere durch Anträge auf Kostenerstattung, Einzelfallprüfungen, Budgetverhandlungen oder aufgrund anderer Informationen bekannt werden, auszuwerten. Bestehen Zweifel, ob die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Voraussetzungen des § 137c Abs. 1 erfüllen, hat der Medizinische Dienst seine Auswertungen nicht versichertenbezogen an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen fasst die Auswertungen zusammmen und stellt sie den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit einer Bewertung zur Verfügung. Absatz 1 Satz 6 gilt entsprechend."

105. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert

aa) In Satz 1, erster Halbsatz werden die Worte „für die Modellvorhaben nach" gestrichen. In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Angaben „1 bis 3" durch die Angabe „2" ersetzt und das Wort „Sozialdaten" durch die Wörter „personenbezogene Daten, Unterlagen, einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern," ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „4" jeweils durch die Angabe „1" ersetzt.

cc) In Satz 3 wird nach der Angabe „§ 275" die Wörter „und § 275a" eingefügt.

dd) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen; wenn es nach Art, Schwere, Dauer der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, sie länger als fünf Jahre aufzubewahren, sind sie spätestens nach zehn Jahren zu löschen"

ee) Satz 6 wird wie folgt gefaßt:

„Der Medizinische Dienst darf Daten, aus denen die Art einer Erkrankung erkennbar ist, zusammen mit anderen Daten in einer gemeinsamen Datei nur speichern, wenn durch technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt ist, daß die Daten über eine Erkrankung nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen."

b)	Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
	„Erfolgt eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 2, ist der Versicherte vom Medizinischen Dienst auf sein Akteneinsichtsrecht nach § 25 des Zehnten Buches hinzuweisen."
c)	In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 3a" durch die Angabe „Absatz 5" ersetzt.
d)	In Absatz 5 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1" durch die Angabe „§ 275 Absatz 2" ersetzt.

106.	§ 280 Abs. 1 Nr. 6 wird wie folgt gefaßt:
	„6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen, zu entlasten oder seines Amtes zu entheben (§ 59 Abs. 3 des Vierten Buches)."

107.	§ 281 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
a)	In Satz 2 werden die Wörter „am 1. Oktober jeden Jahres" durch das Wort „jährlich" ersetzt.
b)	Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Einzelheiten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festzulegen."
c)	Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden die Sätze 4 und 5.

108.	§ 282 wird wie folgt gefaßt:
	„§ 282 Koordinierung auf Bundesebene
	Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung durch eine Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen" zu fördern. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen kann die Spitzenverbände der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesen zugewiesenen Aufgaben beraten. Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien

1. zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
2. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Medizinischen Dien sten,
3. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und Beratung,
4. zur **Auswahl der Begutachtungsfälle und zur** Durchführung **der Begutachtungen nach § 275 Abs. 2 und 3,"**
5. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
6. **Qualifizierung der Gutachter,**
7. über das Verfahren der Versichertenberatung nach § 275 Abs. 4 einschließlich des Zugangs der Versicherten zur Beratung durch den Medizinischen Dienst.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bereiten die Richtlinien in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Diensten vor. Sie sind für die Medizinischen Dienste verbindlich. Im Übrigen können die Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen abgeben."

109. § 284 wird wie folgt gefaßt:

„§ 284
Sozialdaten bei den Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlich zugewiesenen oder zugelassenen Aufgaben erforderlich ist. Aufgaben nach diesem Buch sind:

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheins oder der Krankenversichertenkarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Verfahren bei Kostenerstattung und in Härtefällen, die Beratung, **nach Maßgabe des § 305 Abs. 3** Aufklärung und Information der Versicherten und der Leistungserbringer,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,

6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung; **§§ 106, 136 a Abs. 2, 136 b Abs. 4 bleiben unberührt,**
10. die Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Planung und Durchführung von Modellvorhaben und Verträgen zu integrierten Versorgungsformen.

(2) Die nach Absatz 1 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten dürfen in dem jeweils erforderlichen Umfang auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbezogen gespeichert und zusammengeführt werden, soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 4, 5, 8, 9, 11 oder 12 jeweils bezeichneten Zwecke erforderlich ist, versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen auch, soweit es für die in § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, daß die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer der in Satz 1 bezeichneten Zwecke benötigen. Die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten sind zu löschen, sobald sie für die in Satz 1 bezeichneten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Für andere Zwecke dürfen die Daten nach Absatz 1 nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch andere Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(3) Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn sie aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen werden, es sei denn, daß das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. Ein Abgleich der erhobenen Daten mit den Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 4 ist zulässig. Widerspricht der Betroffene bei der speichernden Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Absatz 1 nicht mehr benötigt werden. Im

übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(4) Geschäftsstellenübergreifend darf eine Krankenkasse ohne schriftliches Einverständnis des Versicherten nur auf die Daten zugreifen, die zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft erforderlich sind. Darüberhinausgehende Zugriffe auf Sozialdaten des Versicherten sind nur der für diesen Versicherten zuständigen Geschäftsstelle zu ermöglichen, soweit der Versicherte nicht schriftlich diesem Zugriff durch weitere oder alle Geschäftsstellen der Krankenkasse eingewilligt hat. Die Einwilligung muss den Zweck des Zugriffs auf die Sozialdaten nach Satz 2 und die Dauer der Aufbewahrungsfrist enthalten."

110 § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Nr. 6 wird die Angabe „(§ 136)" durch die Angabe „(§ 136 a Abs. 2 und § 136 b Abs. 4)" ersetzt.

b) In Abs. 2 wird die Angabe „§ 83 Absatz 2" gestrichen und durch die Angabe „§ 106 a" ersetzt.

c) In Absatz 4 wird das Wort „, Psychotherapeuten" gestrichen und nach dem Wort „für" das Wort „Psychotherapeuten," eingefügt.

110 a. Dem § 290 wird folgender Satz angefügt:
„Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Ausgestaltung und Struktur der Krankenversichertennummer bestimmen."

111. § 292 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird § 292; die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen.

b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

112. § 293 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen" ein Komma und die Wörter „die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen" eingefügt, und das Wort „bundeseinheitliche" wird durch die Wörter „das Institutionskennzeichen als

bundeseinheitliches" ersetzt.	

b) Absätze	Dem § 293 werden folgende angefügt:

„(4) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verwenden für jeden an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt und Zahnarzt ein bundeseinheitliches Kennzeichen (**Arzt- und Zahnarztnummer**). Die **Arzt- und Zahnarztnummer** ist so zu gestalten, daß sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, daß die Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte. Das Verzeichnis enthält den Namen, die Anschrift und die **Arzt- oder Zahnarztnummer** nach Satz 1; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Art und Aufbau der **Arzt- und Zahnarztnummer**, das Verfahren ihrer Vergabe, das Nähere zur Art ihrer gesetzlich vorgesehenen Verwendung sowie zum Verfahren der Übermittlung des Verzeichnisses und seiner Änderungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen.

(5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein in monatlichen o-

der kürzeren Abständen zu aktualisierendes bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken nach § 129 Abs. 1 und stellt dieses den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung. Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Anbieter von Arznei mitteln sind gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig."	
113. § 294 wird wie folgt geändert:	a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Pflichten der Leistungserbringer, Datenannahmestellen der Krankenkassen"
	b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt: „(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen, der Datenannahmestellen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenannahme- und -verarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln."
	c) Folgende Absätze werden angefügt:
	„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden bis zum 31. Dezember 2000 zur Erfüllung der Aufgaben nach den Absätzen 3 und 4 Datenannahmestellen; diese sind räumlich, organisatorisch und personell von den Krankenkassen und ihren Verbänden zu trennen.

Die Datenannahme und die Pseudonymisierung sind nur durch öffentliche Stellen zulässig; hinsichtlich der Prüfungen nach Absatz 3 und der Übermittlung sowie der Aufbereitung der Daten gemäß Absatz 4 Sätze 1 und 2 bleibt § 80 SGB X unberührt. Es ist sicherzustellen, dass die in den Datenannahmestellen verarbeiteten Daten nur Befugten zugänglich sind oder an diese weitergegeben werden. Die Datenannahmestellen haben die Abrechnungs- und Leistungsdaten nach Erfüllung ihrer Aufgaben unverzüglich zu löschen. In einer Datenannahmestelle dürfen für höchstens 20 v.H. der in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen Abrechnungs- und Leistungsdaten erhoben und verarbeitet werden.

(3) Die Datenannahmestellen prüfen die ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 übermittelten Daten hinsichtlich der Zuständigkeit der Krankenkassen für den jeweils angegebenen Versicherten sowie auf sachliche Richtigkeit und Rechtmäßigkeit der Leistungsabrechnung. Zu diesem Zweck ist ihnen das Versichertenverzeichnis nach § 288 in maschinell verwertbarer Form von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen; § 286 gilt entsprechend.

(4) Die Datenannahmestellen übermitteln die Daten unverzüglich nach Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 3 den zuständigen Krankenkassen sowie den Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1, in deren Zuständigkeitsbereich die Leistungserbringer ihren Sitz haben. Vor der Übermittlung sind versichertenbezogene Daten von der Datenannahmestelle zu pseudonymisieren. Das anzuwendende Verfahren der Pseudonymisierung wird vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestimmt und den Datenannahmestellen bekanntgegeben. Soweit die Pseudonymisierung mit geheimzuhaltenden Parametern durchgeführt wird, ist deren Geheimhaltung durch technische und organisatorische Maßnahmen zu gewährleisten. Der pseudonymisierte Datensatz ist so zu gestalten, dass die Identifikation des Versicherten ausgeschlossen, aber ein bundesweit eindeutiger leistungsbereichs- und periodenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu dem Versicherten, der die Leistungen in Anspruch genom-

men hat, herstellbar ist; ferner hat der Datensatz Angaben zum Alter, Geschlecht und Versichertenstatus zu enthalten. Die Datenannahmestellen können dem jeweiligen Spitzenverband der Krankenkassen die die Versicherten von Krankenkassen seiner Kassenart betreffenden pseudonymisierten Daten zur Erfüllung der Aufgaben nach § 217 übermitteln.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Reidentifikation nach Absatz 6 in einer räumlich und organisatorisch von der Datenannahme getrennten Stelle durchgeführt wird; nur diese Stelle ist zur Reidentifikation befugt. Informationen zur Reidentifikation eines Versicherten dürfen nur Befugten zugänglich sein oder an diese weitergegeben werden.

(6) Die Reidentifikation eines Versicherten ist zulässig, wenn sie für einen der nachgenannten Zwecke erforderlich ist:

1. Prüfung der Leistungspflicht, Erbringung von Leistungen unmittelbar an den Versicherten, die Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber dem Versicherten oder die Abrechnung mit Leistungserbringern im besonderen Einzelfall (Einzelfallprüfung),
2. Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
3. Aufgaben nach Maßgabe der §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 113,
4. Beratungen nach § 305 Abs. 3,
5. Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
6. Überprüfung abgerechneter oder erbrachter Leistungen bei Verdacht auf Rechtsverstöße von Leistungserbringern oder Versicherten,
7. Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach §§ 266 und 267 im besonderen Einzelfall,
8. Durchführung von den Versicherten betreffenden Rechtsbehelfs- und Gerichtsverfahren.

Der Versichertenbezug muß gelöscht werden, sobald die in Satz 1 genannten Zwecke erfüllt sind. Eine Nutzung der versichertenbezogenen Daten für andere Zwecke ist unzulässig.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über einheitliche technische Anforderungen für die Struktur und

das Verfahren der Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Datenannahmestellen nach Absatz 2 sowie für die einheitliche Aufbereitung und Weiterleitung der Daten an die Krankenkassen und Arbeitsgemeinschaften nach § 303 a Abs. 1 einschließlich des Verfahrens der Fehlerkorrektur.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats

1. das Nähere zu den in den Absätzen 2 bis 5 getroffenen Organisations- und Verfahrensregelungen,
2. den Inhalt der Prüfungen nach Absatz 3,
3. Inhalt und Struktur des pseudonymisierten Datensatzes nach Absatz 4 sowie
4. das Nähere zu den Zwecken der Reidentifikation nach Absatz 6

bestimmen. Sofern die Datenannahmestellen nach Absatz 2 Satz 1 nicht innerhalb der gesetzten Frist gebildet werden, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats die Stellen bilden. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach Absatz 7 zu beschließenden Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinien innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Richtlinien durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats bestimmen.""

114. Nach § 294 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 294 a

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines

sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Bundesseuchengesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher von drittverursachten Gesundheitsschäden, den Krankenkassen mitzuteilen. Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen."	
115. § 295 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:	
„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind verpflichtet, 1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die **Datenannahmestelle nach § 294 Abs.** 2erhält, die Diagnosen,	2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden sowie in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes, 3. in den Abrechnungsunterlagen und auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 maschinenlesbar aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation

und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. **Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt.“**	maschinell verwertbaren Datenträgern die in **Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3** genannten Angaben für jedes Quartal unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer nach § 293 Abs. 4; Überweisungs-, Notarzt- und Vertreterfälle sind kenntlich zu machen.“
b) Absatz 1a wird aufgehoben.	**d) In Absatz 2a wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „ Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.** **e) Absatz 3 wird wie folgt geändert:** **aa) In Nr. 4 werden die Wörter „Krankenkassen oder deren Verbände“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.** **bb) Nr. 5 wird gestrichen.“**
c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: „(2) Für die Abrechnung der Vergütung sowie für die in § 106 und § 303 a Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den **Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2** auf Datenbändern oder anderen	**f) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben. Absatz 5 wird Absatz 4.**

116. § 296 wird **aufgehoben.**	
117. § 297 wird **aufgehoben.**	
118. § 299 wird gestrichen.	
119. § 300 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 **wird wie folgt geändert:**	
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Apotheken" die Wörter „und weitere Anbieter von Arzneimitteln" eingefügt.	
bb) **In Nr. 2 wird das Wort „Krankenkassen"**	
durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" ersetzt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt: „(2) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten **für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden."**	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) **In Nummer 2 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" ersetzt.**	
bb) Nach Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:	
„3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Abs. 5."	
d) Absatz 4 wird aufgehoben.	
120. § 301 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	

aa)	**In Satz 1 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" sowie das Wort „maschinenlesbar" durch die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern" ersetzt.**
bb)	In Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Begründung," die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht," angefügt.
cc)	In Satz1 Nummer 6 werden nach dem Wort „Operationen" die Wörter „und sonstigen Prozeduren" angefügt.
dd)	Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefaßt: „7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,"
ee)	In Satz 1 Nummer 8 werden nach dem Wort „sowie" die Wörter „Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und" eingefügt.
ff)	**Satz 2 wird wie folgt gefaßt:** **„§ 294 a gilt entsprechend."**
b)	Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa)	**„In Satz 1 entfallen die Wörter „dem vierstelligen Schlüssel."**

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	**für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen."**
„Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deut-schen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu ver-schlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17 c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können."	
cc) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:	dd) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:
„Das Bundesministerium für Gesundheit **gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut**	„Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung anzugeben."
	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" sowie das Wort „maschinenlesbar" durch die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern" ersetzt.

bb) In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „6" durch die Angabe „8" ersetzt.

cc) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
„Sofern bei Entlassung Arbeitsunfähigkeit besteht, erhält die Krankenkasse die Daten nach Satz 1 Nr. 5 und 6 auch dann, wenn sie nicht Kostenträger der Maßnahme ist."

120a. In § 301a werden das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2" ersetzt und hinter dem Wort „Angaben" die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern" eingefügt.

121. § 302 wird wie folgt geändert:

(a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der 1. Halbsatz wird Satz 1 und wie folgt gefaßt:

„Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 auf maschinell verwertbaren Datenträgern in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer oder die Zahnarztnummer des verordnenden Arztes oder Zahnarztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 zu übermitteln; die Verordnung des Arztes oder des Zahnarztes mit der Diagnose oder den erforderlichen Angaben über den Befund sind beizufügen."

bb) Der 2. Halbsatz (alt) wird Satz 2.

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:
„Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden."

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Richtlinien haben auch das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln."

122. § 303 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4 sowie die Richtlinien nach § 302 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Vereinbarungen oder die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm ge-

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Richtlinien haben auch das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln.““

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 26 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden."

2. § 135 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird das Wort „und" gestrichen.

b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach dem Komma das Wort „und" eingefügt.

c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:

„6. für Zeiten, in denen Versicherungspflicht wegen der außerschulischen Ausbildung von nicht satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft bestand, das Entgelt, das der Beitragsberechnung zu Grunde zu legen war."

3. § 207a Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,"

4. § 345 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,"

b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.

5. § 347 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,"

b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.

6. § 349 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die

1. in Einrichtungen für Behinderte an einer Maßnahme teilnehmen, die ihnen die Erwerbstätigkeit ermöglichen soll,
2. in Einrichtungen der Jugend-

hilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder 3. in geistlichen Genossenschaften oder ähnlichen religiösen Gemeinschaften als nicht satzungsmäßige Mitglieder für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend."	„(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden."
Artikel 3 **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**	
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ..... ,wird wie folgt geändert:	
1. 20 wird wie folgt geändert:	2. § 25 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit" die Wörter „ohne Arbeitsentgelt" eingefügt.	a) In Satz 1 wird die Nummer 5 wie folgt gefaßt: „5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, mindestens jedoch 630 Deutsche Mark, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt."
b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:	

b) In Satz 2 wird das Wort „gilt" durch die Wörter „sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten" ersetzt.

3. Dem § 27 wird folgender Satz angefügt:

„§ 5 Abs. 10 des Fünften Buches gilt entsprechend."

3a. In § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 und § 43 Abs. 2, 3 und 5 wird die Angabe „31. Dezember 1999" durch die Angabe „31. Dezember 2001" ersetzt.

4. § 61 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 werden die Wörter „Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung" durch die Wörter „Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen" ersetzt.

b) In Absatz 6 Nr. 3 werden nach dem Wort „betreibt" folgende Wörter eingefügt:
„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuß erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet."

c) In Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:
„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen."

4 a. § 96 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Insowelt findet § 76 SGB X im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung."

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird Absatz 2. In dem neuen Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

d) Absatz 4 wird Absatz 3. In dem neuen Absatz 3 werden die Worte „Absätze 1 bis 3" durch die „Absätze 1 und 2" ersetzt.

5. § 97 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder den Verlauf der Pflegebedürftigkeit er-forderlich ist, sie länger als 5 Jahre aufzube-wahren, sind sie spätestens nach zehn Jahren zu löschen."

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 96 Abs. 3 Satz 1, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 sowie § 276 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend."

c) Satz 3 wird aufgehoben.

6. In § 110 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe g werden die Wörter „regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches" durch die Wörter „die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen" ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), wird wie folgt geändert:

1. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Die zuständige Landesbehörde stellt das Investitionsprogramm

im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf; mit den übrigen unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Soweit Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht hergestellt wird, entscheidet auf Antrag einer der Parteien die Schiedsstelle nach Absatz 3. Die Landesbehörde ist an die Entscheidung der Schiedsstelle nicht gebunden."

b) Folgende Absätze werden angefügt:

„(3) Die zuständige Landesbehörde und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden eine Schiedsstelle. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Landesbehörde und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Beteiligten bestellen den Vorsitzenden gemeinsam; kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vorsitzende durch den Präsidenten des Landessozialgerichtes berufen. § 18 a Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Entsteht in der Folge einer vom Land beanstandeten Kündigung oder Teilkündigung eines Krankenhauses gemäß § 110 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Zahlungsanspruch des Landes gegen den Krankenhausträger wegen nicht vollständig abgeschriebener Investitionen für Maßnahmen, die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 2005 bis zum 31. Dezember 2007 und im übrigen Bundesgebiet vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2007 in das Investitionsprogramm aufgenommen worden sind, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zur Zahlung verpflichtet, wenn seit der Aufnahme in das Investitionsprogramm nicht mehr als 15 Jahre vergangen sind. Der Krankenhausträger hat Veräußerungserlöse oder sonstige geldwerte Vorteile aus der Verwertung oder Nutzung des Krankenhauses an das Land

abzuführen. Die Zahlungspflicht der Krankenkassen vermindert sich um den vom Krankenhausträger an das Land abgeführten Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haften dem Land jeweils nur im Verhältnis der Zahl der Mitglieder ihrer Mitgliedskassen zueinander, die Verbände der Ersatzkassen entsprechend der Zahl der Mitglieder ihrer Mitgliedskassen mit Wohnsitz im jeweiligen Land."

2. In § 8 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und" gestrichen.

3. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „fördern" die Wörter „bis zur Zahlung über das neue Vergütungssystem nach § 17 c" eingefügt.

b)In Absatz 2 werden nach dem Wort ‚be

c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „fördern" die Wörter „bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17 c" eingefügt sowie der zweite Halbsatz aufgehoben.

d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Für die Finanzierung der Investitionen nach Absatz 3 **und der Investitionskosten der Hochschulkliniken nach § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 1** gilt ab der Einführung des neuen Vergütungssystems § 17 c Abs. 4 Satz 2. Im Jahr 2003 zahlt das Land an die Landesverbände der Krankenkassen, den Verband der Ersatzkassen und den Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung monatlich ein Zwölftel der im Jahr 1998 insgesamt gezahlten Pauschalförderung **und ein Zwölftel des nach § 17b Abs. 3 Satz 6 ermittelten Betrags**; in den Jahren 2004 bis 2008 **werden diese Beträge** jährlich um je-

weils ein Fünftel abgesenkt. Die Zuweisung der Mittel erfolgt entsprechend den auf die Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen entfallenden Anteilen an der Zahl der Berechnungs- und Belegungstage der Krankenhäuser im Land im jeweiligen Vorjahr; beim Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung werden die auf beihilfekonforme Prozenttarife entfallenden Tage mit 35 vom Hundert gewichtet. Die Weiterleitung der Mittel an die kostentragenden Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen sowie an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt auf der Grundlage des Verteilungsmaßstabes nach Satz 3."

4. § 16 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. die Entgelte der Krankenhäuser für stationäre und teilstationäre Leistungen,".

5. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu bemessen. Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17 c sind für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget und Pflegesätze zu vereinbaren. Sie müssen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17 b medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen; die Budgets und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser sind zu berücksichtigen. Nach Einführung des neuen Vergütungssystems ist für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget auf der Grundlage der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen und der Zu- und Abschläge nach § 17 c Abs. 1 zu vereinbaren. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen."

b) Absatz 1 a wird aufgehoben.

In Absatz 2 a Satz 3 werden nach der Angabe „1998" die Wörter „und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17 c" eingefügt.

Absatz 4 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. **Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, die nach § 17 c Abs. 4 Satz Hin das neue Entgeltsystem übernommenen Inve-stitionskosten und die Kosten von Rationalisie-rungsinvestitionen nach § 18 b**, soweit der Investitionsvertrag vor dem 1. Juli 1999 ge-schlossen wurde,"

Absatz 4 b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 1997 bis 1999" gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c sind die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 zweckgebunden zu verwenden, noch nicht verwendete Mittel auf einem gesonderten Konto zu buchen und ein Nachweis über die Verwendung zu führen."

6. § 17 a wird wie folgt geändert:

a)

„(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

7. Nach § 17 a werden folgende Paragraphen eingefügt:	
„§ 17 b Vereinbarung eines landesweiten Gesamtbetrags	
(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbaren einen Gesamtbetrag als Obergrenze für die Vergütung der im Land erbrachten allgemeinen **vollstationären und teilstationären** Krankenhausleistungen, **soweit diese nach diesem Gesetz vergütet werden.** Dabei sind auch die von anderen Kostenträgern und von nicht versicherten Patienten zu zahlenden Vergütungsanteile einzurechnen. Der Gesamtbetrag darf höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate verändert werden. **Im Falle einer Verringerung des stationären Leistungsbedarfs im Sinne des**	**Satzes 1, insbesondere auf Grund von Leistungsverlagerungen oder der Vergütung von Krankenhausleistungen auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ist der Gesamtbetrag entsprechend niedriger zu vereinbaren; soweit Krankenhäuser an der integrierten Versorgung oder an Modellvorhaben nicht mehr teilnehmen, ist der Gesamtbetrag entsprechend zu erhöhen** Ein höherer Gesamtbetrag kann vereinbart werden, soweit Leistungen aus dem ambulanten Versorgungsbereich oder dem Rehabilitationsbereich verlagert werden und in diesen Bereichen entsprechende Einsparungen **vertraglich abgesichert oder bereits tatsächlich erfolgt sind.** Die Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu berücksichtigen. **Der Landeskrankenhausgesellschaft ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.** Vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bleiben außer Betracht. Der Gesamtbetrag ist jeweils bis zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren, für das Jahr 2000 bis zum 31. Januar 2000; dabei ist ein gesonderter Teilbetrag in Höhe von höchstens 1 vom Hundert

für die Vergütung nicht vereinbarter Mehrleistungen festzulegen.

(2) Mehrerlöse des einzelnen Krankenhauses gegenüber dem Erlösbudget nach § 17 Abs. 1 Satz 2 werden nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 anteilig ausgeglichen; die den Krankenhäusern im Land insgesamt verbleibenden Mehrerlösanteile dürfen den gesonderten Teilbetrag nach Absatz 1 Satz 8 zweiter Halbsatz nicht überschreiten. Das Krankenhaus meldet den Beteiligten nach Absatz 1 die tatsächlichen Erlöse aus Pflegesätzen **sowie auf Grund von Verträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum 31. Mai jeden Jahres; ein entsprechendes Testat eines Wirtschaftsprüfers, Steuerberaters oder vereidigten Buchprüfers ist beizufügen. Soweit der Teilbetrag nach Abzug entsprechender Mindererlösanteile anderer Krankenhäuser überschritten wird, setzen die Beteiligten nach Absatz 1 abweichend von Satz 1 erster Halbsatz höhere Ausgleichssätze für Mehrerlöse fest; **wird der Teilbetrag unterschritten, steht der nicht benötigte Betrag im übernächsten Kalenderjahr den Krankenhäusern zusätzlich zu dem Gesamtbetrag zur Verfügung**

(3) Grundlage der erstmaligen Vereinbarung des landesweiten Gesamtbetrags für das Jahr 2000 ist die Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999; außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 2000 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen und enthaltene Ausgleiche und Berichtigungen herauszurechnen. Die Grundlage nach Satz 1 ist

1. zu erhöhen nach Artikel 7 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes um

a) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1999 nach § 1 Abs. 1 Satz 3 und

Abs. 2 Satz 1, soweit in den Gesamtbeträgen für 1999 nicht berücksichtigt,

b) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1998 nach § 1 Abs. 3 Satz 1, soweit in den Gesamtbeträgen für 1999 nicht berücksichtigt,

c) die Folgekosten von Kapazitätsveränderungen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 und 3, soweit diese nicht ganzjährig enthalten sind,

d) die Erlöse aus der Behandlung von Blutern nach § 2 Satz 4,

2. zu verändern um die Auswirkungen einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 1998,

3. im Beitrittsgebiet zusätzlich um 0,48 Vomhundert zu erhöhen, soweit nicht bereits eine Veränderungsrate in Höhe von Null Vomhundert für das Jahr 1999 bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser zugrunde gelegt wurde.

Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2000 ist die Grundlage nach Satz 1 und 2 höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 in Verbindung mit Abs. 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate zu verändern; Absatz 1 Satz 4 bleibt unberührt."

Vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre sind ge-

sondert durchzuführen. Für das Jahr 2003 ist bei Abrechnung der neuen Entgelte nach § 17 c auf Grund der Übernahme der bisherigen Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 der Gesamtbetrag zusätzlich um den Betrag zu erhöhen, den das jeweilige Land im Jahr 1998 für Pauschalförderung aufgewandt hat; er ist auf Grund der Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung zusätzlich um den nach Satz 6 ermittelten Betrag zu erhöhen. Für jedes Land ist die im Jahr 1998 gezahlte Pauschalförderung nach § 9 Abs. 6 Satz 2 ins Verhältnis mit der nach Satz 1 bestimmten Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser ohne Hochschulkliniken zu setzen; die so ermittelte Verhältniszahl ist mit der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulkliniken des jeweiligen Landes zu vervielfachen. Für die Jahre 2004 bis 2008 werden die zusätzlichen Beträge nach Satz 5 jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt. Für das Jahr 2008 sind die Gesamtbeträge auf Grund der Übernahme der bisherigen Einzelförderung nach § 9 Abs. 1 und 2 zusätzlich um insgesamt 2,8 Milliarden Deutsche Mark zu erhöhen, der einzelne Gesamtbetrag entsprechend dem Anteil des einzelnen Landes an der Summe der von den Ländern im Jahr 1998 insgesamt finanzierten Einzelfördermaßnahmen; auf Grund der Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung sind vorbehaltlich einer bundesrechtlichen Regelung nach Absatz 4 die Gesamtbeträge zusätzlich um insgesamt 430 Millionen Deutsche Mark zu erhöhen, der einzelne Gesamtbetrag entsprechend dem Anteil der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulkliniken des einzelnen Landes nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999 an der bundesweiten Summe dieser Gesamtbeträge der Hochschulkliniken. Der landesweite Gesamtbetrag wird um 1,1 vom Hundert erhöht, wenn in einem Bundesland die Anwendung des § 17 Abs. 4b Satz 4 entfällt.

(4) Der finanzielle Ausgleich für die Berücksichtigung von Investitionskostenanteilen in den Bewertungsrelationen nach § 17 c Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 ist im Hinblick auf die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung bis zum 30. Juni 2007 durch eine bundesrechtliche Regelung sicherzustellen, die jährliche Zahlungen des Bundes und der Länder in Höhe von jeweils 215 Millionen Deutsche Mark an die gesetzli-

chen Krankenkassen ab dem 1. Januar 2008 vorsieht. Die Länder erstatten die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen, die infolge der Einbeziehung von in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern in die monistische Krankenhausfinanzierung entstehen, nach § 58 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 200 c der Reichsversicherungsordnung

§ 17 c

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige und mit den Landesverbänden der Krankenversicherungen nach § 18 Abs. 2 vereinbarte Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren. Das Verfahren zur Bestimmung der Höhe der Entgelte wird in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 vorgegeben, nachdem die Selbstverwaltung die Entscheidung über die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems gefällt hat. Die Entgelte sind prospektiv so festzulegen, daß der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b insgesamt

nicht überschritten wird. Die so bestimmte Entgelthöhe ist ein Höchstpreis, von dem die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 abweichen können.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Einführung eines Vergütungssystems, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG's) orientiert, entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der Krankenversicherungen gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlußgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. Die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen über Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4 sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Lan deskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen den Erlösbudgets nach § 17 Abs. 1 Satz 2 zugrunde zu legen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren bis zum 30. April 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der zugrunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge eines Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen für die Fallgruppen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Der Krankenhausträger teilt den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 bis spätestens zum 30. April 2002 Art, Anzahl und Punktzahl aller im Jahr 2001 erbrachten

Leistungen in der Systematik des Vergütungssystems nach Satz 1 mit; Näheres regelt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Es wird budgetneutral eingeführt; dazu wird ein Punktwert für das Krankenhaus ermittelt, der sich aus dem für das Jahr 2003 vereinbarten Erlösbudget des Krankenhauses errechnet. Bei Krankenhäusern, deren Punktwert vom landesweit festgelegten Punktwert abweicht, ist der Punktwert nach Satz 6 für die Jahre 2004 bis 2006 jeweils zu einem Drittel an den landesweit festgelegten Punktwert anzugleichen; bei Krankenhäusern, deren Punktwert niedriger ist als der landesweit festgelegte Punktwert, gilt Absatz 1 Satz 9 ab dem 1. Januar 2003.	gleichs nach § 17b Abs. 4 vergütet.. Die Berücksichtigung der zusätzlichen Kostenanteile im landesweiten Gesamtbetrag regelt § 17 b Abs. 3.
(4) Die Bewertungsrelationen des neuen Vergütungssystems bilden ab 3. Zum Zeitpunkt ihrer Einführung Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4 b Satz 2 und 3 und Investitionskosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen, 4. zum 1. Januar 2008 Investitionskosten für sonstige Investitionen. Die Instandhaltungs- und Investitionskostenanteile sind in den Bewertungsrelationen so zu berücksichtigen, daß sie den entsprechenden Mittelbedarf leistungsbezogen abbilden. Soweit die Entgelte Investitionskosten nach Satz 1 Nr. 2 beinhalten, werden diese Anteile bei Hochschulkliniken nur vorbehaltlich eines finanziellen Aus-	(5) Soweit bis zum 30. April 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der Fallgruppen, sowie ergänzend zu vereinbarende Zu- und Abschläge nicht zustande kommt, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 30. Juni 2000 den Inhalt durch Rechtsverordnung. Das Bundesministerium kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Im übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6.
	(6) entfällt
	(6) Das Nähere zur Einführung des neuen Vergütungssystems bestimmt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zum 1. Januar 2002."
	8. § 18 wird wie folgt geändert:

Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1)

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind

1. der Krankenhausträger und

2. die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung."

bb) In Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Landeskrankenhausgesellschaft und die Vertragsparteien nach Absatz 2 Nummer 2 vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2; dies gilt für das neue Vergütungssystem nach § 17 c Abs. 1 entsprechend."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Krankenhausträger hat die für die Ermittlung des Erlösbudgets und der Pflegesätze erforderlichen Nachweise nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen."

In Absatz 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „die Pflegesätze" durch die Wörter „das Erlösbudget und die Pflegesätze" ersetzt.

In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Die vereinbarten oder festgesetzten" durch die Wörter „Das vereinbarte oder festgesetzte Erlösbudget und die" ersetzt.

9. § 18 b wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Bezeichnung von § 12 wie folgt gefaßt:

   „§ 12 Flexibles Erlösbudget"

2. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

      bb) In Satz 3 werden das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt und nach dem Wort „müssen" die Wörter „im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" eingefügt.

      cc) Satz 4 wird aufgehoben.

      dd) Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

      „Die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags ist nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 zu beachten."

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

      bb) In Satz 3 wird jeweils das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

      cc) Satz 4 wird aufgehoben.

   c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Budgetvereinbarung" durch das Wort „Erlösbudgetvereinbarung" ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft".

4. § 6 wird aufgehoben.

5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

bb) Satz 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Kosten der Organbereitstellung für Transplantationen, wenn diese nicht gesondert vergütet wird; hierzu gehören bei Lebendspenden auch die Kosten der gutachtlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes,"

cc) Satz 2 Nr. 4 zweiter und dritter Teilsatz werden wie folgt gefaßt:

„die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Restbudgets nach § 12 Abs. 2 einzurechnen, wie es ohne Ausgleiche, Berichtigungen und Zuschläge vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben,"

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Budget nach § 12" durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2" ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die in Absatz 1 oder 2 genannten Investitionskosten werden anteilig dem Restbudget nach § 12 Abs. 2 und den tagesgleichen Pflegesätzen sowie den Fallpauschalen zugerechnet."

7. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

8. § 10 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden mit dem Erlösbudget nach § 12 Abs. 1 vergütet, das mit

1. Pflegesätzen nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) und
2. tagesgleichen Pflegesätzen nach § 13

den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird."

9. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten" ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung" ersetzt.

d) Absatz 8 wird aufgehoben.

10. § 12 wird wie folgt gefaßt:

„§ 12
Flexibles Erlösbudget

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren nach den Vorgaben des § 3 für den Pflegesatzzeitraum ein Erlösbudget für die mit Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen vergüteten Leistungen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dürfen das Erlösbudget nur in der Höhe vereinbaren, in der zusammen mit den Budgetvereinbarungen aller übrigen Krankenhäuser im Land und der Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern im Land der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, vermindert um den Teilbetrag für nicht vereinbarte Mehrleistungen, eingehalten wird; vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre sind gesondert durchzuführen. Bei der Vereinbarung der Erlösbudgets sind, soweit das einzelne Krankenhaus betroffen ist, zu berücksichtigen:

1. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
2. Leistungsverlagerungen, etwa in die ambulante Versorgung,
3. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5,
4. die Reduzierung von Einweisungen durch die Einführung gemeinsamer Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, daß das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird,
6. und soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen, die Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung , und
7. im Beitrittsgebiet die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe.

Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, dürfen nicht berücksichtigt werden. Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung gilt § 17 c Abs. 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(2) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpau-

schalen berechnet werden, sind die vorauskalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten von dem Erlösbudget nach Absatz 1 abzuziehen (Erlösabzug); Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 sind einzubeziehen; entsprechendes gilt für Krankenhäuser, die nur Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, wenn die Summe der voraussichtlichen Erlöse höher ist als das Erlösbudget. Ergibt sich durch den Erlösabzug ein nicht mehr leistungsgerechtes Restbudget, sind entsprechende Abschläge von den Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vereinbaren; entsprechendes gilt für Krankenhäuser, die nur Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, wenn die Summe der voraussichtlichen Erlöse wesentlich höher ist als das Erlösbudget. Für die Sonderentgelte nach § 11 Abs. 2 Satz 3 für die Behandlung von Blutern sind anstelle des Erlösabzugs die entsprechenden Kosten auszugliedern.

(3) Die Vertragsparteien sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung eines Erlösbudgets zugrunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren; dabei sind die Vorgaben des § 3 und des Absatzes 1 zu beachten. Die Vertragsparteien können im voraus vereinbaren, daß in bestimmten Fällen das Budget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist über das neu vereinbarte Budget abzurechnen; Absatz 4 Satz 5 und § 21 Abs. 2 Satz 3 gelten entsprechend.

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus Pflegesätzen nach § 10 Abs. 1 von dem Erlösbudget nach Absatz 1 ab, werden Mehrerlöse zu 80 vom Hundert sowie die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 und aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht. Für Mehrerlöse nach Satz 1 aus Fallpauschalen und Sonderentgelten in der Transplantationsmedizin mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können niedrigere Vomhundertsätze vereinbart werden, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise

nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den oder die Vomhundertsätze fest. Im Falle einer Überschreitung des landesweiten Teilbetrags für Mehrerlöse sind abweichend von Satz 1 und 2 die höheren Ausgleichssätze nach § 17 b Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuwenden. **Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese entstanden sind, weil das Krankenhaus mehr Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 und integrierter Versorgung nach § 140 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht hat.** Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Restbudget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei den Pflegesatzverhandlungen der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6."

11. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget" durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

c) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.

12. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „Verlegungstag" ein Komma und der Halbsatz „der nicht zugleich Aufnahmetag ist," eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen und in Nr. 6 die Angabe „§ 11 Abs. 5, 6 und Abs. 8 Satz 7 und § 12 Abs. 4 Satz 7" durch die Angabe „§ 11 Abs. 5 und 6 und § 12 Abs. 4 Satz 6" ersetzt.

bb) In Satz 2 die Angabe „Nr. 1" gestrichen."

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 5" durch die Angabe „Satz 4" und die Angabe „Satz 6" durch „Satz 5" ersetzt."

f) Absatz 10 wird wie folgt gefaßt:

„(10) Zur Finanzierung der pauschalierten Instandhaltungskosten nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 wird ein Zuschlag zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten in Höhe von 1,1 vom Hundert der Entgelthöhe berechnet."

g) Folgender Absatz wird angefügt:

„(13) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Pflegesätzen nach § 10 Abschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen."

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 17 die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17

	Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen."
b)	In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Entgeltkataloge" die Wörter „nach § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" eingefügt.
c)	Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa)	In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1 und 3" gestrichen.
bb)	Satz 2 wird aufgehoben.
14.	§ 16 wird wie folgt geändert:
a)	Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa)	Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Dabei dürfen die maßgebliche Veränderungsrate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht überschritten werden; die voraussichtliche Entwicklung der Entgeltarten und -mengen ist zu berücksichtigen.'
bb)	Satz 3 wird gestrichen.
b)	In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.
c)	Absatz 3 wird aufgehoben.
d)	Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa)	In Satz 1 werden die Wörter „sowie das Entgelt nach Absatz 3" gestrichen.
bb)	Satz 2 wird aufgehoben.

e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15.10., die Vereinbarung nach Absatz 2 bis zum 31.8. jeden Jahres zu schließen."

15. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Erlösbudget einschließlich der einzubeziehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Zu- und Abschläge sowie Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze."

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien, der Landeskrankenhausgesellschaft und der zuständigen Landesbehörde die Leistungs und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlagen 1 und 2.'

bb) In Satz 4 Nr. 1 wird das Wort „vierstelligen" gestrichen

cc) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz" ersetzt durch die Wörter „Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes".

bb) In Satz 3 werden die Wörter „zur Beurteilung der Höhe der Kosten-

ausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und" gestrichen.

e) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

16. In § 18 Abs. 1 wird jeweils das Wort „Budget" durch das Wort „Erlösbudget" ersetzt.

17. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7" ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3".

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Rechtsvorschriften" ein Komma und die Wörter „insbesondere an die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags nach § 12 Abs. 1 Satz 2," eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 12 Abs. 3 Satz 3, § 16 Abs. 2 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1."

18. In § 20 Abs. 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7" ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3".

19. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7 Satz 3" ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3 Satz 3".

b) In § 21 Abs. 4 wird die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 8" durch die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 7" ersetzt.

20. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

21. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Vertragsparteien auf Landesebene" ersetzt durch das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft".

cc) In Satz 6 werden die Wörter „den Vertragsparteien auf Landesebene" ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft".

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses der Verbandes der privaten Krankenversicherung" gestrichen.

c) In Absatz 3 wird die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

d) In Absatz 4 Satz 3 und 4 wird jeweils die Angabe „Nr. 1" gestrichen.

22. § 28 wird aufgehoben.

23. Die Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung werden aufgehoben.

24. Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung" wird Anlage 1 und wie folgt geändert:

a) Abschnitt K 5 wird wie folgt geändert:

aa) Laufende Nummer 14 wird wie folgt gefaßt:

„Ausgleich nach § 12 Abs. 4"

bb) In laufende Nummer 17 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7" durch die Angabe „§ 12 Abs. 3" ersetzt.

cc) Die laufenden Nummern 18 und 19 werden gestrichen.

dd) Die laufende Nummer 22 wird wie folgt gefaßt:

„Vorauskalkul. Restbudget (Nrn. 12, 13, 20 und 21)"

ee) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budget", durch das Wort „Restbudget" ersetzt.

ff) Laufende Nummer 25 wird gestrichen.

b) Abschnitt K 6 wird wie folgt geändert:

aa) In der laufenden Nummer 9 wird das Wort „Budgetanteil" durch das Wort „Restbudgetanteil" ersetzt.

bb) Nach der laufenden Nummer 9 wird folgende Nummer eingefügt:

„9a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

cc) In der laufenden Nummer 12 wird das Wort „Budgetanteil" durch das Wort „Restbudgetanteil" ersetzt.

c) Abschnitt K 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach der laufenden Nummer 21 wird folgende Nummer eingefügt:

„21 a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

bb) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budgetanteil" durch das Wort „Restbudgetanteil" ersetzt.

d) Abschnitt K 8 wird aufgehoben.

e) In Abschnitt L 4 wird in der Kopfzeile der Tabelle in der ersten Spalte das Wort „vierstellig" gestrichen.

f) Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:

aa) In Fußnote 1 wird die Angabe „1.000,00 DM" durch die Angabe „TDM" ersetzt.

bb) In Fußnote 7 sind die Wörter „Für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 2000" durch die Wörter „Für den Pflegesatzzeitraum" ersetzt.

cc) In Fußnote 9 wird Satz 1 aufgehoben.

dd) In Fußnote 23 wird das Wort „Budget" durch

das Wort „Restbudget" ersetzt und Buchstabe b gestrichen.

ee) Fußnote 24 Buchstabe b wird gestrichen.

ff) Fußnote 25 wird gestrichen.

gg) In Fußnote 27 wird der Klammerhinweis aufgehoben.

hh) Fußnote 29 Satz 3 wird aufgehoben.

ii) Fußnote 30 Satz 2 Buchstabe b wird aufgehoben.

jj) In Fußnote 39 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung" gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3" durch die Angabe „§ 12 Abs. 2" ersetzt.

kk) In Fußnote 40 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung" gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3" durch die Angabe „§ 12 Abs. 2" ersetzt.

ll) In Fußnote 41 wird Buchstabe b gestrichen.

25. Anlage 4 wird Anlage 2.

Artikel 6

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Abs. 2 Satz 1 werden vor der Angabe „den §§ 6 oder 7" die Wörter „§ 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach" eingefügt.

2. In § 10a Abs. 2 Satz 1 werden vor der Angabe „§ 6" die Wörter „§ 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach" eingefügt.

Artikel 7

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Nach § 31 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird folgender Paragraph angefügt:

„§ 32
Erstattung

Vom 1. Januar 2008 an werden der landwirtschaftlichen Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach § 29 oder § 31 erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem die Versicherte ihren Wohnsitz hat."

Artikel 8
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. Nach § 2 Abs. 7 wird folgender Absatz angefügt:

„(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluß eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluß erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversiche-

rung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 6 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages."

2. In § 3a Nr. 1 werden im ersten Halbsatz nach der Angabe „8" die Wörter „oder § 6 Abs. 3a" eingefügt.

3. In § 6 Abs. 1 Nr. 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt sowie folgende Wörter angefügt: „wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen."

4. Dem § 7 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 309 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt."

5. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 16 a
Globalbudget

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden je ein Volumen als Obergrenze sämtlicher jährlicher Ausgaben (Globalbudget). § 142 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

6. § 23 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „genannten Leistungen" durch die Wörter „genannten Renten", das Wort „Leistungen" durch das Wort „Rente" und das Wort „Leistung" durch das Wort „Rente" ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Leistung" durch das Wort „Rente", das Wort „Leistungsantrag" durch das Wort „Rentenantrag" ersetzt.

7. In § 37 Abs. 2 werden nach der Angabe „§§ 44 und 45" die Wörter „sowie durch für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Beiträge" eingefügt.

8. § 59 Abs. 2 wird aufgehoben.

Artikel 9

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

§ 11 Abs. 5 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 829), das zuletzt durch .... geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die Leistungen werden von der Krankenkasse gewährt, die der Berechtigte gewählt hat. Für die Wählbarkeit der Krankenkasse gilt § 173 Abs. 2 und § 175 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe entsprechend, daß bei Nichtausübung des Wahlrechts die Krankenkasse als gewählt gilt, bei der der Berechtigte erstmals Leistungen nach diesem Gesetz beantragt."

Artikel 10

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ..... wird wie folgt geändert:

1. § 51 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden die Wörter „sowie des Großgeräteausschusses" gestrichen.

b) Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„§§ 87 und 96 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden keine Anwendung."

2. In § 87 Abs. 2 wird das Wort „Zustellung" durch das Wort „Bekanntgabe" ersetzt.

Artikel .10 a

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 1998 (BGBl. I. S. 2546), zuletzt geändert durch ....., wird wie folgt geändert:

1. Dem § 87 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind."

2. Dem § 96 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind.

Artikel 11

Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils nach den Wörtern „2 000 Deutsche Mark" das Wort „monatlich" angefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen ab dem 1. Januar 2001 wird in den Verträgen nach Absatz 2 geregelt."

2. In Artikel 14 Abs. 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen ist um den Betrag zu verringern, der im Jahr 1997 für die Leistungen nach Absatz 4 vergütet wurde."

Artikel 12

Änderung der Reichsversicherungsordnung

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

1. In § 200 Abs. 1 wird das Komma hinter dem Wort „Mutterschaftsgeld" durch einen Punkt ersetzt und der danach folgende Satzteil gestrichen.

2. Nach § 200 b wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 200 c

Erstattung

Vom 1. Januar 2008 an werden der Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach § 200 oder § 200 b erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem die Versicherte ihren Wohnsitz hat."

3. § 355 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Dienstordnung bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung, bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen des Verwaltungsrates und der Genehmigung der Aufsichtsbehörde."

4. § 357 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Beschlüsse des Vorstandes oder der Vertreterversammlung, bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen des Verwaltungsrates, die gegen die Dienstordnung verstoßen, hat der Vorsitzende des Vorstandes, bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen der Vorsitzende des Verwaltungsrates durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden; die

Beschwerde bewirkt Aufschub."

5. § 414 b wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 351 bis 357" durch die Angabe „§§ 351 bis 358" ersetzt.

b) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„bei den in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Kranenkassen der Zustimmung des Verwaltungsrates."

Artikel 13
Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995 - ASRG 1995

Artikel 11 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Nummer 18 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa bis cc und Buchstabe c sowie Artikel 48 Abs. 5 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), das zuletzt durch ..... geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 14
Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes

Artikel 5 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520, 1531), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 15
Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

01. In § 10 wird nach Absatz 1 folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Vor Abschluss eines privaten Kranken-versicherungsvertrages ist von dem Interessenten der Empfang eines amtlichen Informationsblattes des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen zu bestätigen, welches über die ver-schiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt."

1. In § 12 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:	
„(4a) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341 f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12 a Abs. 2 a zu verwenden. Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten und bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht."	
2. § 12a wird wie folgt gefaßt:	
„§ 12 a	
(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen	Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
	(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4 a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre ... (Jahr nach dem Inkrafttreten der Änderung) beginnt, jährlich um 2 vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, daß anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrükkerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den ... [zehn Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung] folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, daß die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben."

3. § 12 b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

1. Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12a Abs. 3 zu verwenden sind;
2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satz 1 Nr. 1 und 2 darauf zu achten, daß die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und

	die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4a und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen."
b)	In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen."
4.	Nach § 12 d wird folgender Paragraph eingefügt:
	„§ 12 e

Ist der Versicherungsvertrag vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, daß
1. der Zuschlag erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um 2 vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als 10 vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlages dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen,
4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich widerspricht."

4a. § 11 Da Abs. 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. von den Vorschriften über die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb (II) § 10, § 10a mit der Maßgabe, dass in der VerbraucherInformati-on nach Anlage Teil D Abschnitt I Nr. 1 Buchstabe h) auch die Anschrift einer sonsti-gen Stelle anzugeben ist, an die sich der Versicherungsnehmer bei Beschwerden über den Versicherer nach dem ausländischen Recht wenden kann, §§ 11b, 11c, 12 Abs. 1, 4 bis 5, §§ 12a,12b Absatz 1 bis 3, §§ 12c bis 12e und 13d Nr. 7."

5. In der Anlage Teil D Abschnitt I wird Nummer 3 wie folgt neu gefaßt:

„3. Bei Krankenversicherungen nach § 12a zusätzlich notwendige Verbraucher-information

a) Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;

b) Hinweise auf Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter;

c) Hinweis darauf, daß eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist."

6. In der Anlage Teil D Abschnitt II wird in Nummer 3 am Ende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummer angefügt:

„4. in der Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1 bei jeder Prämienerhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muß Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Um-

stufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn sie in diese Tarife wechseln würden. Darüber hinaus ist ein Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in den Standardtarif anzugeben. Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen."

5. entfällt

Artikel 15 a

Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Artikel 14 Abs. 4 wird aufgehoben.

2. Artikel 35 Abs. 9 wird aufgehoben."

Artikel 16

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

   „soweit nicht die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Erhebung für weitere Vorjahre vorsieht."

2. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Nr. 9 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

   „10. Krankenhausin-

vestitionen nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 6 wird aufgehoben.

bb) Nummer 7 wird Nummer 6."

3. Nach § 27 a wird folgender § 27b eingefügt:

„§ 27 b

Risikostrukturausgleich im Jahr 2000

(1) Im Jahr 2000 gilt § 27 a mit der Maßgabe, dass der Ausgleichsbedarfssatz für die Krankenkassen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 um einen dem Betrag von 1,3 Milliarden Deutsche Mark entsprechenden Wert angehoben wird.

(2) Das Bundesversicherungsamt gibt unverzüglich nach dem Inkrafttreten des § 313 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bekannt, welche Nachwelse die Krankenkassen zur Feststellung ihrer Anspruchsberechtigung und für die Auftellung nach § 313 b Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzulegen haben. Für die Feststellung der Höhe der Betriebsmittel (§ 260 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), Rücklagen (§ 261 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen (§ 263 Abs. 1 Nr. 2 erster Halbsatz des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sind die am 31. Dezember 1998 gemeldeten Werte maßgebend. Der Feststellung der Zahl der versicherungspflichtigen Mitglieder (§ 313 b Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist die amtliche Statistik KM 1/13 zu Grunde zu legen.

(3) Ausgabendeckender rechnerischer Beitragssatz (§ 313 b Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c, § 313 b Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist das Verhältnis der Ausgaben zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben und um den nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhaltenen Risikostrukturausgleich. Zu den Ausgaben zählt auch der zu tragende Risikostrukturausgleich nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Die erstmalige Aufteilung nach § 313 b Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt frühestens im monatlichen Ausgleich für den Monat März 2000.""

Artikel 17

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.....des Gesetzes vom.....(BGBl. I S.....), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 3 und 4 wird jeweils das Wort „dreijährigen" durch das Wort „fünfjährigen" ersetzt.

1a. § 18 Abs. 2 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:

"b) eine Erklärung, daß ein Führungszeugnis gemäß § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz zur Vorlage beim Zulassungsausschuß beantragt wurde,"

2. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragsärztliche Tätigkeit auszuüben."

3. Dem § 24 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Das gleiche gilt für die Erklärung des Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen sowie für den Widerruf dieser Erklärung. Ein Wechsel in ein neues Fachgebiet oder für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nach § 101 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind."

3 a. In § 24 wird nach Absatz 4 folgender Absatz angefügt:

„(5) Die Aufnahme einer nicht vorübergehenden überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutischen Tätigkeit (§ 101 Abs. 4 SGB V),

bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Nicht vorübergehend ist die Tätigkeit, wenn sie über mehr als zwei Quartale ausgeübt wird. Die Genehmigung ist zu versagen, soweit für psychotherapeutisch tätige Ärzte Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Psychotherapeutische Leistungen, die ohne die erforderliche Genehmigung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig."

3 b. Nach § 31 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 31 b

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, einen Professor für Allgemeinmedizin einer Hochschule oder einen mit der Wahrnehmung der Professur für Allgemeinmedizin an einer Hochschule beauftragten Arzt für Allgemeinmedizin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in dem für die Lehre erforderlichen Umfang zu ermächtigen. § 31 Abs. 6, 7 Satz 1, 8 und 10 gilt entsprechend."

4. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl „50" durch die Zahl „100" er-setzt.

bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort „Arzt" die Wörter „oder die ärztlich ge-leitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl "60" durch die Zahl "120" ersetzt.

cc) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Arzt" die Wörter „oder die ärztlich ge-leitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl „100" durch die Zahl „200" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl „200" durch die Zahl „400" er-setzt und der Punkt in Buchstabe b gestrichen.

bb) Folgender Buchstabe wird angefügt:

„c) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400,- DM

c) In Absatz 3 Buchstabe b wird die Angabe „Ab-satz 2 Buchstaben a und b" durch die Angabe „Absatz 2" ersetzt.

Artikel 18

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahn-

ärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel.....des Gesetzes vom.....(BGBl. I S.....), wird wie folgt geändert:

1. § 18 Abs. 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) eine Erklärung, dass ein Führungszeugnis gemäß § 30 Abs. 5 Bundeszentralregister-gesetz zur Vorlage beim Zulassungsausschuss beantragt wurde,"

2. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragszahnärztliche Tätigkeit auszuüben."

3. In § 32 b Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 3 Abs. 2 und 3" durch die Angabe „§ 3 Abs. 2 bis 4" ersetzt.

4. § 46 wird wie folgt geändert:

a)

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl "50" durch die Zahl "100" ersetzt.

Bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort "Zahnarzt" die Wörter "oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl „60" durch die Zahl „120" ersetzt.

cc) In Buchstabe d werden nach dem Wort "Zahnarzt" die Wörter" oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung" eingefügt und die Zahl „100" durch die Zahl „200" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert

aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl "200" durch die Zahl "400" ersetzt und der Punkt in Buchstabe b gestrichen.

Bb) Folgender Buchstabe wird angefügt:

„c) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400,- DM."

c) In Absatz 3 Buchstabe b wird die Angabe „Absatz 2 Buchstaben a und b" durch die Angabe „Absatz 2" ersetzt.

Artikel 19

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Nach § 5a der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch ....., wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 5 b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt."

Artikel 20

Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geändert wurde, wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 5 a

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 berechnet werden."

Artikel 21

Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

(1) Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) errichtet und betreibt ein datenbankgestütztes Informationssystem für die Bewertung der

Wirksamkeit oder der Effektivität sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien. Das Informationssystem erschließt den Zugang zu den relevanten Datenbanken und erfaßt Studien und sonstige Materialien zum Stand der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Technologiebewertung in der Medizin. Ferner erteilt das DIMDI Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien und wertet die Ergebnisse dieser Forschungsvorhaben für die Aufnahme in das Informationssystem aus.

(2) Für den Aufgabenbereich nach Absatz 1 wird beim DIMDI ein Kuratorium sowie ein wissenschaftlicher Beirat gebildet. In das Kuratorium werden vom Bundesministerium für Gesundheit Vertreter von Institutionen des Gesundheitswesens berufen, die mit Fragen der Technologiebewertung in der Medizin befaßt sind. Zur Unterstützung bei der Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 beruft das DIMDI einen wissenschaftlichen Beirat.

Artikel 21 a

Rechtsangleichung

Mit Wirkung vom 1. Januar 2001 an treten die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Kraft. Dies gilt nicht für § 309 Abs. 1 und 5, § 310 Abs.3 Satz 2, § 311 Abs. 2 und 4

Buchstabe a und c, Abs. 5 und 7, § 313 Abs. 10, § 313 a und § 313 b."

Artikel 22
Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 5, 16, 17, 18, 19 und 20 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 23
Überleitungsvorschriften

§ 1
Durchführung von Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder regeln die Durchführung der nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung erforderlichen Organisationsänderungen bis zum 30. Juni 2000.

§ 2
Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die ordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung wählen bis zum 30. September 2000 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung. Hierbei sind die § 79 Abs. 2 und § 80 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung zu beachten.

(2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

§ 3
Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen

Der Verwaltungsrat nach § 2 wählt bis zum 31. Dezember 2000 den Vorstand nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. Hierbei sind § 79 Abs. 4 und § 80 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 4

Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 2 Abs. 1 Satz 1 wählen bis zum 30. November 2000 den Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. § 2 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die konstituierende Sitzung findet im Dezember 2000 statt.

§ 5

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Der Verwaltungsrat nach § 4 wählt bis zum 31. März 2001 den Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. § 3 Satz 2 gilt entsprechend. In der konstituierenden Sitzung nach § 4 Satz 3 ist zu bestimmen, wer die Vorstandsaufgaben bis zur Wahl nach Satz 1 wahrnimmt.

§ 6

Rückkehr in die private Krankenversicherung

Artikel 1 Nr. ... (§ 5 Abs. 10 SGB V) und Artikel .... (§ 2 Abs. 8 KVLG 1989) gelten nicht für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geendet hat.

Artikel 1 Nr. ... (§ 5 Abs. 10 SGB V) und Artikel .... (§ 2 Abs. 8 KVLG 1989) gelten nicht für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geendet hat.

§ 7

Ausschluß der Familienversicherung

Artikel 1 Nr. ..... (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V) gilt nicht für Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits familienversichert sind.

§ 8

Moratorium für die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen

Abweichend von § 147 Abs. 1 und § 157 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann bis zum 31. Dezember 2000 die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen nicht genehmigt werden, wenn die Abstimmung nach § 148 Abs. 2 und § 158 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch am ... (Tag der ersten Lesung) noch nicht durchgeführt worden ist.

§ 9

Weitergeltung von Strukturverträgen

Verträge, die auf Grund des § 73 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor dem 1. Januar 2000 abgeschlossen wurden, können längstens bis zum 31. Dezember 2000 fortgeführt werden.

§ 10

Überleitungsregelung zur Aufhebung des § 309 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Wer am 31. Dezember 1999 aufgrund des § 309 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig war, kann abweichend von § 5 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag nach § 5 Abs. Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig bleiben. Der Antrag ist bis zum 31. März 2000 bei der Krankenkasse zu stellen.

§ 11

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser

Die zum Zeitpunkt des Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Ermächtigungen der in § 118 Abs. 2 genannten Einrichtungen bleiben bis zum 31. Dezember 2001 bestehen.

§ 11 a

Personalübergang zu der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland übernimmt die beim AOK-Bundesverband überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben der Verbindungsstelle im AOK-Bundesverband beschäftigten Personen (dienstordnungsmäßige Angestellte, tarifliche Angestellte); sie tritt insoweit in die Rechte und Pflichten aus den Beschäftigungsverhältnissen ein. Für die dienstordnungsmäßigen Angestellten gilt bei der Übernahme zunächst die zum Zeitpunkt der Verselbständigung gültige

Dienstordnung des AOK-Bundesverbandes. § 414 b Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend. Für die tariflichen Angestellten sind bis zum Abschluss neuer Tarifverträge die für den AOK-Bundesverband geltenden Tarifverträge in ihrer jeweils gültigen Fassung maßgebend. Das Nähere regeln die Spitzenverbände.	
§ 11 b Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Beitrittsgebiet im Jahr 2000 sind auf die um den Ausgleich nach Art. 14 Abs. 1a GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz erhöhte Vergütungssumme im Jahr 1999 zu beziehen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Jahr 2000 sind auf die um den Ausgleich nach Art. 14 Abs. 1a GKV- Solidaritätsstärkungsgesetz abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 1999 zu beziehen.	
Artikel 24 Inkrafttreten	
(1) Artikel 1 Nr. 86 und Artikel 23 § 8 treten mit Wirkung vom ... (Tag der ersten Lesung) in Kraft.	(2) Artikel 1 Nr. 36, 37, 38, 39, 40, 49, 51, 52, 62 Buchstabe a, 126 a Buchstabe a und c, 128 Buchstabe c, 128 b, soweit § 313 Abs. 10 Buchstabe c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben wird, Nr. 129 Buchstabe a sowie Artikel 17 Nr. 2 und3 und Artikel 18 Nr. 1 und Artikel 21 a treten am 1. Januar 2001 in Kraft. Artikel 1 Nr. 102 tritt am 1. Januar 2001 insoweit in Kraft, als die §§ 268, 269, 271, 272, 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben werden.
	(3) Artikel 1 Nr. 58, 59, 61 treten am 1. Januar 2003 in Kraft.
	(4) Artikel 4 Nr. 1 tritt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet am 1. Januar 2005 und im übrigen Bundesgebiet am 1. Januar 2000 in Kraft.
	(4 a) Artikel 1 Nr. 128 b, soweit § 313 Abs. 10 Buchstabe a und b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben wird, und Artikel 15 a Nr. 2 treten am 1. Januar 2005 in Kraft.
	(5) Artikel 1 Nr. 50 sowie Artikel 17 Nr. 1 treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

(6) Artikel 1 Nr. 113 Buchstabe c) Absätze 3 bis 6, Nr. 115 Buchstaben c) bis e), Nr. 116, Nr. 117, Nr. 119 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb), Nr. 119 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa), Nr. 120 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa), Nr. 120 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa), Nr. 120a, Nr. 122 Buchstabe a), Nr. 123 Absätze 2 und 3, Nr. 124a Buchstabe b) sowie Artikel 1a treten an dem durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft.

(7) Am Tage des Inkraftretens der Rechtsverordnung nach § 33a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 17, 18, 46 Buchstabe b und Buchstabe c sowie Nr. 48

(8) Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) in der am 31. Dezember 2002 geltenden Fassung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2002 ausser Kraft; sie wird durch eine neue Entgeltverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ersetzt.

(9) Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 2000 in Kraft.