

## Änderungsantrag der Fraktion der SPD

zur zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
– Drucksachen 11/2237, 11/3320 –

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen  
(Gesundheits-Reformgesetz – GRG)

zur zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung  
– Drucksachen 11/2493, 11/3320 –

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen  
(Gesundheits-Reformgesetz – GRG)

Der Bundestag wolle beschließen:

1. Der Gesetzentwurf erhält den Titel  
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Bürgernähe, Wahlfreiheit und Selbstverwaltung in der sozialen Krankenversicherung sowie eines Ersten Bundespflegegesetzes“.
2. Vor dem Ersten Teil wird folgender Teil Null eins eingefügt:

„TEIL NULL EINS

Artikel 01

Gesetz zur Einrichtung eines  
Sachverständigenrates zur Begutachtung  
der Lage des Gesundheitswesens

§ 1

Sachverständigenrat

Die Bundesregierung setzt einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Lage des Ge-

sundheitswesens ein, der aus fünf Mitgliedern besteht.

§ 2

Verfahren

Die Bundesregierung schlägt die einzelnen Mitglieder vor. Ihr Vorschlag muß der Zahl der zu Berufenden entsprechen. Der Deutsche Bundestag und der Bundesrat bestätigen die Vorschläge, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft die Bestätigten.

§ 3

Zusammensetzung

Dem Sachverständigenrat sollen je ein Vertreter der Wirtschaftswissenschaften, der Rechtswissenschaften, der medizinischen Wissenschaften und der Sozialwissenschaften sowie ein Vertreter mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet der Krankenversicherung angehören.

## § 4

## Amtszeit

Die Amtszeit der Mitglieder des Sachverständigenrates beträgt fünf Jahre. Eine einmalige Wiederberufung ist möglich.

## § 5

## Stellung, Vorsitz

(1) Die Mitglieder des Sachverständigenrates sind von Weisungen frei und arbeiten unabhängig. Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung.

(2) Die Mitglieder des Sachverständigenrates wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden.

## § 6

## Aufgaben

Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe

1. den aktuellen Zustand des Gesundheitswesens im Hinblick auf die qualitative und finanzielle Leistungsfähigkeit zu analysieren und zu bewerten;
2. Vorschläge zur Überwindung von Mängeln und Fehlern zu unterbreiten;
3. Vorschläge im Hinblick auf die zu verfolgenden gesundheitspolitischen Zielsetzungen inhaltlicher und finanzieller Art vorzulegen.

## § 7

## Gutachten

(1) Unter Berücksichtigung der in § 5 genannten Aufgaben legt der Sachverständigenrat bis 31. August eines jeden Jahres ein Gutachten vor. Die Bundesregierung nimmt dazu Stellung. Sie leitet ihre Stellungnahme gemeinsam mit dem Gutachten dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat zu.

(2) Der Sachverständigenrat hat das Recht, in Ausnahmefällen abweichend von dem in Absatz 1 genannten Termin Sondergutachten vorzulegen.

## § 8

## Orientierungsrahmen

(1) Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung legt der Sachverständigenrat gemeinsam mit dem Gutachten nach § 7 einen Vorschlag für einen Orientierungsrahmen vor. Die Bundesregierung leitet den Vorschlag dem Deutschen Bundestag zu.

(2) Der Orientierungsrahmen soll Empfehlungen für die Entwicklung der Krankenversicherung im darauffolgenden Jahr in Form von Orientierungsdaten aufzeigen. Die Empfehlungen sollen

1. die im nächsten Jahr von der Krankenversicherung zu verfolgenden Gesundheitsziele und Prioritäten darstellen,

2. die Grundsätze einer optimalen Versorgung der Versicherten aufzeigen,

3. quantitative und qualitative Über- und Unterversorgung sowie Wege zu ihrer Überwindung erläutern,

4. die unter Berücksichtigung der in Nummer 1 vorgeschlagenen Gesundheitsziele erwartete finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung prognostizieren,

5. die zu erwartende Entwicklung der Beitragsätze darlegen und begründen sowie ein Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungsabgaben herstellen,

6. Maßnahmevorschläge für den Fall enthalten, daß die tatsächliche von der gewünschten Entwicklung abweicht.

## § 9

## Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Lande Berlin.“

3. Artikel 1 Erstes Kapitel erhält folgende Fassung:

## „Erstes Kapitel

## Allgemeine Vorschriften

## § 1

## Aufgaben

(1) Die Krankenversicherung hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten und Erkrankungen vorzubeugen. Im Krankheitsfall gewährt sie Behandlung nach Maßgabe dieses Gesetzes. Die Krankheitsbehandlung muß den Erkenntnissen der Wissenschaft entsprechen und die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziele haben.

(2) Die Krankenversicherung orientiert sich am Grundsatz der Solidarität. Sie wird in Selbstverwaltung durchgeführt. Alle Mitglieder haben gleiche Rechte und unterliegen gleichen Pflichten.

(3) Die Verantwortung für die Gesundheit tragen Staat und Gesellschaft sowie der Versicherte selbst. Die Krankenversicherung hat die Aufgabe, in allen Fragen gesellschaftlicher Verantwortung die Interessen der Versicherten mit wahrzunehmen. Bei individueller Verantwortung berät die Krankenversicherung den Versicherten in Fragen der gesundheitsbewußten Lebensführung, leitet ihn zur frühzeitigen Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen und zur aktiven Mitwirkung an Krankheitsbehandlung und Rehabilitation an.

## § 2

## Leistungen bei Krankheit

- (1) Zur Durchführung der Behandlung erhalten die Versicherten Leistungen nach Maßgabe

des Dritten Kapitels. Die Leistungen werden grundsätzlich als Sachleistungen gewährt. Werden bei der Leistungsgewährung vom Versicherten Gebühren erhoben, so sind sie so zu bemessen, daß sie die gesundheitsgerechte Leistungsanspruchnahme nicht behindern.

(2) Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen Stand der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Über die Erbringung der Leistungen schließen Krankenkassen und Leistungserbringer Verträge; dabei ist auch festzulegen, auf welche Weise eine wirksame Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität erreicht werden kann.

(3) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind, dürfen von den Leistungserbringern nicht erbracht oder verordnet werden; die Krankenkassen dürfen sie nicht gewähren und ihre Kosten nicht übernehmen.

### § 3

#### Leistungen in anderen Fällen

Versicherte erhalten Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten sowie zur Krankheitsfrüherkennung, zur Schwangerenvorsorge und Mutterschaftshilfe. In den Fällen des nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruches und der nichtrechtswidrigen Sterilisation gewähren die Krankenkassen Leistungen nach Maßgabe des Dritten Kapitels.

### § 4

#### Finanzierung

(1) Die Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert, die sich grundsätzlich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Die Beiträge müssen sozial tragbar und belastungsgerecht gestaltet sein.

(2) Die Beiträge werden von den Mitgliedern und deren Arbeitgebern entrichtet. Das Nähere regelt das Achte Kapitel. Für nach § 10 versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

### § 4 a

#### Krankenkassen

(1) Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechtes mit Selbstverwaltung. Soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt, gelten die Bestimmungen des IV. Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Krankenkassen im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Gebietskrankenkassen (Ortskrankenkassen),

2. Betriebskrankenkassen,

3. Innungskrankenkassen,

4. Ersatzkrankenkassen,

5. die See-Krankenkasse,

6. die Bundesknappschaft als Trägerin der knappschaftlichen Krankenversicherung,

7. landwirtschaftliche Krankenkassen.

(3) Soweit die Krankenkassen innerhalb einer Region oder bundesweit in Beziehung zu den Leistungserbringern oder zu Einrichtungen des Gesundheitswesens treten, handeln sie gemeinsam. Sie arbeiten mit allen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

(4) Die Krankenkassen nach Absatz 2 Nr. 1 bis 4 sind für jedes Mitglied zugänglich, das in der Region wohnt oder arbeitet, in der die Krankenkasse ihren Sitz hat. Ist die Krankenkasse in mehreren Regionen oder bundesweit tätig, gilt Satz 1 entsprechend. Eine Bindung der Mitgliedschaft an die Berufs- oder Betriebszugehörigkeit des Versicherten ist bei den in Satz 1 genannten Krankenkassen unzulässig.

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

4. Artikel 1 §§ 5 und 6 erhalten folgende Fassung:

### „§ 5

#### Versicherungspflicht

(1) Kraft Gesetzes versichert sind

1. Arbeiter,

2. Angestellte,

3. zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie Arbeitsentgelt erhalten,

4. Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz nach dessen näherer Bestimmung,

5. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteile nach näherer Bestimmung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,

6. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

7. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

8. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

9. Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für

- Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
10. Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
  11. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, es sei denn, sie sind nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 versichert,
  12. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten,
  13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie bei Rentenantragstellung versichert sind und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
  14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs verlegt haben,
  15. Empfänger von Leistungen nach dem 2. Abschnitt des Bundessozialhilfegesetzes, soweit sie nicht aufgrund anderer Vorschriften versichert sind.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 13 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 13 oder 14 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld,

wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

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

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 oder 7 bis 14 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 7 bis 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 versicherungspflichtig ist. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 8 vor.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 10, 13 oder 14 versicherungspflichtig ist. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 11 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 12 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 13 oder 14 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 9 oder 10 versicherungspflichtig ist.

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

(10) Scheidet ein Mitglied aus der Versicherungspflicht aus, so hat ihm die Krankenkasse unverzüglich das Datum, zu dem die Mitgliedschaft erlischt, mitzuteilen.

## § 6

### Versicherungsfreiheit

#### (1) Versicherungsfrei sind

1. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
2. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hoch-

schule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

3. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften,
4. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
6. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
7. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 oder 7 bis 14 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind."

5. Artikel 1 § 7 wird gestrichen.
6. Artikel 1 §§ 8 bis 10 erhalten folgende Fassung:

#### „§ 8

##### Befreiung von der Versicherungspflicht

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

1. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes während des Erziehungsurlaubs; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Zeit des Erziehungsurlaubs,
2. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme (§ 5 Abs. 1 Nr. 8, 13 oder 14),

3. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12),
4. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
5. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für Behinderte (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10).

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

#### § 9

##### Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Beamte, Richter und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder deren Spitzenverbänden,
  2. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens sechs Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 198 werden nicht berücksichtigt,
  3. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen,
  4. Schwerbehinderte im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen,
  5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks endete, wenn sie innerhalb eines Monats nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbooks wieder eine Beschäftigung aufnehmen.
- (2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,
1. Im Falle des Absatz 1 Nr. 2 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
  2. im Falle des Absatz 1 Nr. 3 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,

3. im Falle des Absatz 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes,
4. im Falle des Absatz 1 Nr. 5 nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs.

(3) Im Falle des Absatz 1 Nr. 1 ist der Beitritt der Krankenkasse binnen 4 Wochen nach Eintritt der Voraussetzungen, die die Ansprüche auf die nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätze zu gewährenden Beihilfen begründen, mitzuteilen. Mit dem Beitritt entfallen diese Ansprüche. § 3 Satz 2 gilt.

(4) Liegt der Eintritt der Voraussetzungen, die die Ansprüche auf die nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätze zu gewährenden Beihilfen begründet haben, länger als 3 Monate zurück, erlischt das Recht auf einen Beitritt. Im Jahre 1989 gilt Satz 1 nur dann, wenn der Beamte, Richter oder sonstige Beschäftigte nach Absatz 1 Nr. 1 das 50. Lebensjahr vollendet hat.

#### § 10

##### Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 11, 13 oder 14 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind oder
5. keine Einnahmen zum Lebensunterhalt haben, die regelmäßig im Monat ein Siebentel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreiten.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, als Studenten an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind, oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten, wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung

auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und seine Einnahmen zum Lebensunterhalt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigen und regelmäßig höher als die Einnahmen zum Lebensunterhalt des Mitglieds sind.

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

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

7. Artikel 1 § 12 wird gestrichen.

8. Artikel 1 § 13 erhält folgende Fassung:

„§ 13

##### Kostenerstattung

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

9. Artikel 1 § 14 wird gestrichen.

10. Artikel 1 §§ 15 bis 17 erhalten folgende Fassung:

„§ 15

##### Krankenschein, Berechtigungsschein

(1) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten für die Inanspruchnahme ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen für das Vierteljahr je einen Krankenschein aus. In begründeten Ausnahmefällen kann ein zweiter Krankenschein ausgestellt werden. Die Krankenkasse kann dem Versicherten ein Krankenscheinheft mit mehreren Krankenscheinen aushändigen, wenn diese mit Quartalsaufdruck versehen sind.

(2) Vor der Inanspruchnahme von ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung haben Versi-

cherte dem Arzt oder Zahnarzt einen Krankenschein auszuhändigen.

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

(4) In dringenden Fällen kann der Kranken- oder Berechtigungsschein nachgereicht werden.

#### § 16

##### Ruhen des Anspruchs

(1) Anspruch auf Leistungen mit Ausnahme des Mutterschaftsgeldes ruht, solange Versicherte

1. sich außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, die Krankheit später als vier Wochen nach Beginn des Auslandsaufenthalts eintritt und mit dem Aufenthaltsstaat kein gegenseitiges Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen ist, es sei denn, dieses Gesetzbuch bestimmt Abweichendes.

2. Dienst aufgrund einer gesetzlichen Dienstpflicht leisten,

3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten.

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

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

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

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

#### § 17

##### Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs

(1) Mitglieder, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs beschäftigt sind und

während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber.

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

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

11. Artikel 1 § 18 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

#### „§ 18

##### Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Der Medizinische Dienst (§ 283) soll vor Behandlungsbeginn die erforderlichen Feststellungen treffen, soweit dies nach Art und Umständen der Krankheit möglich ist. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht."

12. Artikel 1 § 19 erhält folgende Fassung:

#### „§ 19

##### Erlöschen des Leistungsanspruchs

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

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

(3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen, solange sie die Krankenkasse über die Beendigung des Leistungsanspruchs nicht informiert hat, mindestens jedoch für einen Monat."

13. Artikel 1 Drittes Kapitel Dritter Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) Vor § 20 wird folgender § 19a eingefügt:

#### „§ 19a

##### Mitwirkung bei öffentlichen Planungen

Die Krankenkassen haben bei Fragen von gesellschaftlicher Verantwortung für die Gesundheit die Belange der Versicherten wahrzunehmen und wirken dabei mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Sie äußern sich in Fragen der Luftreinhaltung, der Verkehrs- und Raumplanung, des Gewässerschutzes, der Lebensmittelhygiene, des gesundheitlichen Arbeits-

schutzes und allen anderen Fragen von Bedeutung, soweit sie auf die Gesundheit der Versicherten Einfluß haben. Sie sind bei öffentlichen Planungen, die Einfluß auf die Gesundheit der Versicherten haben können, zu hören.“

b) § 20 erhält folgende Fassung:

„ § 20

Gesundheitsförderung

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

(2) Die Krankenkasse hat in der Satzung Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten vorzusehen und Art und Umfang dieser Leistungen zu bestimmen.

(3) Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit allen dafür zuständigen Stellen eng zusammenarbeiten.

(4) Aufgaben anderer Stellen bei der Gesundheitsförderung bleiben unberührt.“

c) § 21 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „zwölf“ durch das Wort „fünfzehn“ ersetzt.

bb) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Worten „Maßnahmen sollen“ die Worte „in der Regel dreimal im Jahr“ angefügt.

d) § 22 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Das Wort „zwölfte“ wird durch das Wort „fünfzehnte“ und das Wort „Kalenderhalbjahr“ wird durch das Wort „Kalenderjahr“ ersetzt.

e) § 23 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 2 erhält Satz 2 folgende Fassung:

„Die Krankenkasse leistet zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß von fünf- undzwanzig Deutsche Mark täglich.“

bb) Absatz 7 wird gestrichen.

f) Folgender § 24 a wird eingefügt:

„ § 24 a

Schutzimpfungen

(1) Die Krankenkasse trägt die Kosten von Schutzimpfungen, soweit sie nach ärztlichem Zeugnis erforderlich sind, um beim Versicherten die Infektion mit einer übertragbaren Krankheit zu verhüten.

(2) Absatz 1 gilt nicht, soweit Impfungen nach § 14 Abs. 1 bis 3 des Bundesseuchenge-

setzes öffentlich angeordnet oder empfohlen oder nach § 14 Abs. 4 des Bundesseuchengesetzes von den Gesundheitsämtern unentgeltlich durchgeführt werden.“

14. Artikel 1 Drittes Kapitel Vierter Abschnitt erhält folgende Fassung:

„Vierter Abschnitt

Leistungen bei Früherkennung  
von Krankheiten

§ 25

Untersuchung zur Risikofeststellung

(1) Versicherte, die das dreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Untersuchung zur Feststellung ihrer individuellen gesundheitlichen Risiken.

(2) Die Untersuchung hat so zu erfolgen, daß ihre Auswertung in standardisierter Form möglich ist. Sie umfaßt eine gründliche Anamnese, die Messung des Blutdruckes sowie eine Untersuchung des Blutes und des Urins.

(3) Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte bestimmt in Richtlinien nach § 100 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchung sowie das Verfahren zur Standardisierung der Auswertung.

§ 25 a

Früherkennungsuntersuchung

(1) Liegen nach Auswertung einer Untersuchung nach § 25 besondere Krankheitsrisiken vor, so hat der Versicherte Anspruch auf gezielte Früherkennungsuntersuchungen, wenn

1. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist,
2. es sich um Krankheiten handelt, deren Verdachtszeichen medizintechnisch genügend eindeutig erfaßt werden können,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu behandeln und zu diagnostizieren.

Die Krankenkasse teilt dabei dem Versicherten mit, welche gezielten Früherkennungen ihm angeboten werden. Begründet die Auswertung der Untersuchung nach § 25 den Anspruch des Versicherten auf mehrere Früherkennungsuntersuchungen, so sind diese zusammen anzubieten.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit unter Berücksichtigung der epidemiologischen Forschung das Nähere durch Rechtsverordnung. Er hat dabei insbesondere festzulegen, welche Krankheitsrisiken den Anspruch des Versicherten auf gezielte Früherkennungsuntersuchungen begründen. Das Bundesge-

sundheitsamt und der Bundesgesundheitsrat sind zuvor zu hören.

(3) Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte bestimmt in Richtlinien nach § 100 das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen.

#### § 26

##### Kinderuntersuchung

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

(2) § 25 a Abs. 1 Nr. 1 bis 3 sowie Abs. 3 gelten entsprechend.“

15. Artikel 1 § 27 erhält folgende Fassung:

#### „§ 27

##### Krankenbehandlung

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

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

(2) Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.

(3) Zur Krankenbehandlung gehört auch die homologe künstliche Insemination, wenn die Kinderlosigkeit einer Versicherten auf andere Weise nicht beseitigt werden kann. Die Versicherten haben Anspruch auf eingehende ärztliche Beratung.“

16. Artikel 1 §§ 29 und 30 erhalten folgende Fassung:

#### „§ 29

##### Kieferorthopädische Behandlung

Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung. Wird die Behandlung abgebrochen, bevor sie in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderli-

chen Umfang abgeschlossen worden ist, so hat der Versicherte 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch ein Viertel der monatlichen Bezugsgröße je Leistungsfall selbst zu tragen.

#### § 30

##### Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. 40 vom Hundert der Kosten für zahntechnische Leistungen hat der Versicherte selbst zu tragen.

(2) Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Zahnärzte erstellt im Einvernehmen mit dem Bundesinnungsverband des Zahntechnikerhandwerkes für typische Indikationen Standardlösungen für eine funktionell und kosmetisch angemessene und qualitativ einwandfreie Versorgung mit Zahnersatz. Wählt der Versicherte eine Versorgung, die über den Standard hinausgeht, so hat er die Mehrkosten zu tragen. Kassenzahnarzt und Versicherter haben hierüber eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

(3) Ist eine angemessene Versorgung des Versicherten mit Zahnersatz durch die Standardlösung im Einzelfall nicht möglich, so hat der Kassenarzt dies gegenüber der Krankenkasse schriftlich zu begründen und einen anderen Versorgungsvorschlag zu unterbreiten. Die Krankenkasse soll den medizinischen Dienst einschalten, bevor sie diesen Vorschlag genehmigt.

(4) Die nach Absatz 2 vereinbarten Standardlösungen sind den Erkenntnissen der zahnmedizinischen Wissenschaft und Forschung anzupassen.

(5) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zustande, so legt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Standards durch Rechtsverordnung fest.“

17. In Artikel 1 wird nach § 30 folgender § 30 a eingefügt:

#### „§ 30 a

##### Härtefälle

Haben Versicherte die Kosten für kieferorthopädische Behandlung oder Zahnersatz anteilig selbst zu tragen, so ist ganz oder teilweise davon abzusehen, wenn ein Härtefall vorliegt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam zu vereinbaren, unter welchen Bedingungen auf die Zahlung der Versicherten ganz oder teilweise verzichtet wird. Kommen die Vereinbarungen nicht zustande, trifft der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Festlegung.“

18. Artikel 1 §§ 31 bis 33 erhalten folgende Fassung:

## „§ 31

## Arznei- und Verbandmittel

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

## § 32

## Heilmittel

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

## § 33

## Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 3 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Wählt der Versicherte ein aufwendigeres Hilfsmittel als notwendig, hat er die Mehrkosten zu tragen.

(2) Bevor die Krankenkasse ein Hilfsmittel bewilligt, kann sie den Medizinischen Dienst in geeigneten Fällen beauftragen, den Versicherten zu beraten. Der Medizinische Dienst hat dabei mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten.

(3) Die Kosten von Kontaktlinsen übernimmt die Krankenkasse höchstens bis zu dem Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte, es sei denn, die Kontaktlinsen sind aus medizinischen Gründen erforderlich; in diesem Falle trägt die Krankenkasse die vollen Kosten. Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte regelt Näheres in Richtlinien nach § 100.

(4) Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, bei gleichbleibender Sehfähigkeit nur, wenn seit dem Tag der letzten Lieferung mindestens drei Jahre vergangen sind.

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

19. In Artikel 1 wird nach § 33 folgender § 33 a eingefügt:

## „§ 33 a

## Gebühren, Härtefälle

(1) Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, zahlen als Gebühren bei der Abnahme

1. von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel zwei Deutsche Mark,
2. von Heilmitteln vier Deutsche Mark,
3. von Brillen vier Deutsche Mark,

jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten an die abgebende Stelle. Dies gilt auch für die Instandsetzung von Heilmitteln und Brillen.

(2) Die Krankenkasse hat in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden oder Fahrtkosten nach § 68 entstehen, von der Zahlung zu befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde. Die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen hierüber gemeinsam Vereinbarungen.

(3) Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

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

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

(5) Der in Absatz 3 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den Ehegatten des Versicherten um 15 und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße.“

## 20. Artikel 1 § 34 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihrer Versorgung mit Batterien.“

## 21. Artikel 1 §§ 35 und 35 a werden gestrichen.

## 22. In Artikel 1 erhalten in § 36 die Absätze 2 und 5 folgende Fassung:

„(2) Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege. Die Krankenkasse kann zur Abgeltung der Kosten für Pflegehilfsmittel, die bei der häuslichen Krankenpflege benötigt werden, eine Pauschale vorsehen.“

„(5) Häusliche Krankenpflege umfaßt auch die nach ärztlichem Zeugnis notwendige sozialpsychiatrische Krankenpflege durch hierzu geeignete Personen, soweit die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind oder dies zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Richtlinien die zur sozialpsychiatrischen Krankenpflege nach Satz 1 geeigneten Personen und Berufsgruppen.“

## 23. Artikel 1 § 37 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Krankenkasse kann in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Spitzenverbände treffen hierzu gemeinsam bundeseinheitliche Vereinbarungen.“

## 24. Artikel 1 § 38 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächstreichbaren Krankenhäuser, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.“

## b) Absatz 3 wird gestrichen.

## c) Absatz 5 erhält folgende Fassung:

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

## 25. In Artikel 1 wird nach § 38 folgender § 38 a eingefügt:

## „§ 38 a

## Behandlung in Übergangseinrichtungen

Versicherte erhalten Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke, wenn diese erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, und wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 1305 Abs. 1, des § 84 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes und des § 97 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes oder nach dem Bundesversorgungsgesetz solche Leistungen nicht gewährt werden können.“

## 26. Artikel 1 § 39 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

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

## b) Absatz 6 wird gestrichen.

## 27. Artikel 1 Drittes Kapitel Fünfter Abschnitt Zweiter Titel wird wie folgt geändert:

## a) In § 43 Abs. 1 werden die Worte „Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5, 9 oder 10“ ersetzt durch die Worte „Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7, 11 oder 12“.

## b) § 44 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 werden die Worte „das achte Lebensjahr“ ersetzt durch die Worte „das zehnte Lebensjahr“.

bb) In Absatz 2 werden die Worte „fünf Arbeitstage“ ersetzt durch die Worte „zehn Arbeitstage“.

## c) § 45 erhält folgende Fassung:

## „§ 45

## Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt sowie vom Beginn der Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an.“

## d) § 47 Abs. 2 und 3 werden gestrichen.

28. Der Sechste Abschnitt des Dritten Kapitels „Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit“ (§§ 52 bis 56) wird gestrichen.

29. Artikel 1 Drittes Kapitel Siebter Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) Vor § 57 werden folgende §§ 56 a und 56 b eingefügt:

„§ 56 a

Schwangerenvorsorge

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft Anspruch auf Leistungen zur Schwangerenvorsorge. Die Schwangerenvorsorge umfaßt Beratung durch Hebammen und Ärzte in Fragen der gesunden Lebensführung, Säuglingsernährung sowie Schwangerschaftsgymnastik.

(2) Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte regelt Näheres in Richtlinien nach § 100. Er bestimmt dabei insbesondere Art, Umfang und Häufigkeit der Leistungen.

§ 56 b

Früherkennungsuntersuchung bei Schwangerschaft

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. §§ 25 und 25 a gelten sinngemäß.“

b) Nach § 64 wird folgender § 64 a eingefügt:

„§ 64 a

Pauschbetrag nach der Entbindung

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von fünfhundert Deutsche Mark, wenn sie im Geltungsbereich dieses Gesetzes entbunden hat. Satz 1 gilt nicht, wenn die Versicherte die vorgesehenen Leistungen nach §§ 56 a und 56 b nicht in Anspruch genommen hat, es sei denn, die Nichtanspruchnahme beruhte auf einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grunde.“

30. Artikel 1 § 68 erhält folgende Fassung:

„§ 68

Reisekosten

(1) Die im Zusammenhang mit der Gewährung einer Leistung der Krankenkasse erforderlichen Fahrt-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie die Kosten des erforderlichen Gepäcktransportes werden für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson übernommen.

(2) Absatz 1 gilt für Fahrtkosten nur, soweit sie je einfache Fahrt mehr als fünf Deutsche Mark betragen. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. § 33 a Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Erkrankt ein Versicherter außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzbuches, so kann die Krankenkasse die Kosten des Rücktransportes übernehmen, wenn eine dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung am Ort der Erkrankung nicht möglich ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen hierüber eine gemeinsame bundeseinheitliche Vereinbarung.“

31. In Artikel 1 Drittes Kapitel wird nach dem Neunten Abschnitt folgender Abschnitt Neun a eingefügt:

„Abschnitt Neun a

Sterbegeld

§ 68 a

Sterbegeld

(1) Beim Tode eines Versicherten wird ein Sterbegeld in Höhe von 3 500 Deutsche Mark gezahlt.

(2) Das Sterbegeld beim Tode eines Mitgliedes wird an denjenigen gezahlt, der die Bestattungskosten trägt, in den anderen Fällen an das Mitglied.“

32. Artikel 1 Drittes Kapitel Zehnter Abschnitt „Härfälle“ (§§ 69 und 70) wird gestrichen.

33. Artikel 1 Drittes Kapitel Elfter Abschnitt erhält folgende Überschrift: „Unterstützung bei Behandlungsfehlern“.

34. Artikel 1 §§ 71 bis 73 werden gestrichen.

35. Artikel 1 §§ 75 und 76 werden gestrichen.

36. In Artikel 1 wird nach dem Dritten Kapitel folgendes Kapitel Drei a eingefügt:

„Kapitel Drei a

Regionale Gesundheitskonferenz

§ 76 a

Auftrag

Zur Durchführung der Versorgung der Versicherten mit Leistungen nach diesem Gesetzbuch werden Gesundheitskonferenzen gebildet. Sie haben den Auftrag, im Zusammenwirken mit allen anderen am Gesundheitswesen Beteiligten die Versorgung der Mitglieder und ihrer Angehörigen sicherzustellen.

§ 76 b

Abgrenzung

(1) Die Gesundheitskonferenzen werden für Regionen gebildet (regionale Gesundheitskonferenz). Über ihre räumliche Abgrenzung entscheidet die Landesregierung. Sie soll dabei die Erfordernisse bestehender Wirtschafts- und Verwaltungsstrukturen berücksichtigen.

(2) Die Landesregierung kann zwei oder mehrere regionale Gesundheitskonferenzen vereinigen, wenn dies erforderlich ist. Satz 1 gilt auch

für Vereinigungen über Landesgrenzen hinaus, wenn die betroffenen Landesregierungen dies für zweckmäßig halten.

#### § 76 c

##### Zusammensetzung

(1) In der regionalen Gesundheitskonferenz sind die Krankenkassen und Leistungserbringer, soweit sie dort tätig sind, sowie die Gebietskörperschaften vertreten.

(2) Die Landesregierung bestimmt die Anzahl der in der regionalen Gesundheitskonferenz zu vergebenden Sitze. Sie soll achtzehn nicht überschreiten.

(3) Die Sitze verteilen sich zu je einem Drittel auf die Vertreter der Krankenkassen, der Leistungserbringer und der Gebietskörperschaften.

#### § 76 d

##### Vertretung der Krankenkassen

(1) Die Sitze der auf die Krankenkassen entfallenden Mitglieder verteilen sich entsprechend der Versichertenzahl je Kassenart in der Region. Die Regionalverbände der Krankenkassen bestimmen die Mitglieder.

(2) Berechtigt die Versichertenzahl einer Kassenart nicht zur Vertretung in der regionalen Gesundheitskonferenz, so hat der Regionalverband dieser Kassenart mit den Regionalverbänden der anderen Kassenarten über die Vertretung seiner Interessen Vereinbarungen zu treffen.

#### § 76 e

##### Vertretung der Leistungserbringer

(1) Die Sitze der auf die Leistungserbringer entfallenden Mitglieder verteilen sich zu je einem Drittel auf die Kassenärzte, die Kassenkrankenhäuser und die weiteren Leistungserbringer.

(2) Die Vertreter der Kassenärzte werden von der kassenärztlichen und die Vertreter der Krankenhäuser von der Kassenkrankenhäuservereinigung der Region entsandt. Art und Umfang der Vertretung der weiteren Leistungserbringer bestimmt die Landesregierung durch Rechtsverordnung.

#### § 76 f

##### Vertretung der Gebietskörperschaften

Die Verteilung der Sitze, die auf die Gebietskörperschaften entfallen, regelt die Landesregierung entsprechend der von den Gebietskörperschaften wahrzunehmenden Aufgaben durch Rechtsverordnung. Die Landesregierung hat dabei Belange von überregionaler Bedeutung selbst wahrzunehmen.

#### § 76 g

##### Vorsitz, Geschäftsführung

(1) Die Mitglieder der regionalen Gesundheitskonferenz wählen je einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden, der nicht aus den Reihen der Vertreter der Gebietskörperschaften kommen darf.

(2) Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Die Kosten der regionalen Gesundheitskonferenz werden von den beteiligten Gruppen anteilmäßig getragen. Die Landesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Mitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(3) Die regionale Gesundheitskonferenz stellt für die Durchführung ihrer Geschäfte eine Geschäftsordnung auf. Sie hat insbesondere Vorschriften über die Geschäftsführung, das Verfahren, die Bildung von Arbeitsausschüssen und die Veröffentlichung der Beschlüsse zu enthalten.

(4) Die regionale Gesundheitskonferenz trifft ihre Entscheidungen mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder, die die Rechtsverordnung nach § 71 Abs. 2 vorsieht.

#### § 76 h

##### Aufsicht

Die Aufsicht über die regionalen Gesundheitskonferenzen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

#### § 76 i

##### Aufgaben

(1) Die regionale Gesundheitskonferenz stellt den Bedarf an Gesundheitsleistungen in den jeweils vergangenen Jahresperioden fest und rechnet ihn für die Zukunft fort. Sie berücksichtigt dabei die gesundheitlichen Ziele und Empfehlungen des Orientierungsrahmens. Liegen regionale Besonderheiten vor, so kann sie von den Empfehlungen abweichen. Die Abweichung ist zu begründen. Die Bedarfsschätzung nach Satz 1 ist jährlich fortzuschreiben und zu veröffentlichen.

(2) Die regionale Gesundheitskonferenz erstellt für jedes Kalenderjahr den Gesundheitsbedarfsplan der Region. Unter Beachtung der Bedarfsschätzungen nach Absatz 1 legt der Gesundheitsbedarfsplan fest

1. die Zahl der für die Versorgung der Versicherten notwendigen kassenärztlichen Einzel- oder Gruppenpraxen und ihre Verteilung auf die medizinischen Fachgebiete,
2. die Zahl der für die Versorgung der Versicherten notwendigen kassenzahnärztlichen Einzel- oder Gruppenpraxen,

3. die Zahl der an der ambulanten Versorgung zu beteiligenden Krankenhäuser, wenn diese anderweitig in einzelnen Fachgebieten oder bei festgelegten Aufgaben nicht sichergestellt werden kann,
4. die Zahl aller weiteren Einrichtungen zur ambulanten Versorgung, insbesondere im Bereich der Prävention, der Rehabilitation, der Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Psychotherapie und der Pflege,
5. die Zahl der für die stationäre Versorgung der Versicherten erforderlichen Krankenhausbetten und Krankenhäuser sowie ihre fachliche Aufgliederung,
6. die Zahl der für die Versorgung der Versicherten erforderlichen medizintechnischen Großgeräte,
7. die Zahl der von Krankenhäusern und Kassenärzten gemeinsam zu betreibenden oder zu nutzenden Einrichtungen,
8. die Zahl der für die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Gesundheitshandwerke erforderlichen handwerklichen Betriebe und ihre fachliche Ausrichtung.

(3) Zur Gewährleistung einer möglichst wohnortnahen Versorgung der Versicherten ist im Gesundheitsbedarfsplan auf eine angemessene regionale Verteilung der verschiedenen Einrichtungen zu achten.

(4) Die regionale Gesundheitskonferenz wirkt bei der Aufstellung des Bedarfsplanes mit allen am Gesundheitswesen der Region Beteiligten zusammen.

(5) Enthält der Bedarfsplan Abweichungen von den Empfehlungen des bundesweiten Orientierungsrahmens, so sind diese zu begründen. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde hat die Abweichung zu genehmigen.

(6) Der regionale Gesundheitsbedarfsplan ist der Landesregierung zuzuleiten. Sie hat das ordnungsgemäße Zustandekommen festzustellen.

#### § 76j

##### Erfüllung des Bedarfsplanes

Die Erfüllung des regionalen Gesundheitsbedarfsplanes obliegt den Krankenkassen der Region nach Maßgabe der Bestimmungen des Vierten Kapitels.“

37. Artikel 1 Viertes Kapitel Erster Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) § 78 erhält folgende Fassung:

#### „§ 78

##### Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit

Die Krankenkassen haben durch Verträge mit den Leistungserbringern unter Beachtung der regionalen Gesundheitsbedarfspläne eine gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß wirtschaftlich erbracht werden und hat den Grundsätzen einer humanen Krankenbehandlung zu entsprechen.“

b) § 79 erhält folgende Fassung:

#### „§ 79

##### Grundsätze für Vereinbarungen zur Vergütung

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen die Grundsätze der qualitativen Angemessenheit und gesundheitspolitischen Sachgerechtigkeit sowie die Beitragssatzstabilität zu beachten.“

38. Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt Erster Titel wird wie folgt geändert:

a) § 80 erhält folgende Fassung:

#### „§ 80

##### Ambulante kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung

Krankenkassen, Kassenärzte und Kassenzahnärzte wirken in der ambulanten Versorgung zur Erfüllung des Gesundheitsbedarfsplanes der regionalen Gesundheitskonferenz zusammen. Sie schließen dazu Verträge. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie für Zahnärzte entsprechend.“

b) § 81 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die kassenärztliche Versorgung gliedert sich in die Allgemein- und die Spezialversorgung. Inhalt und Umfang der Allgemeinversorgung bestimmen die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge.“

bb) In Absatz 4 werden Satz 2 und 3 gestrichen.

cc) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „ermächtigte“ gestrichen.

dd) In Absatz 5 wird Satz 2 gestrichen.

c) § 82 wird gestrichen.

d) § 83 erhält folgende Fassung:

„§ 83

Pflichten der Kassenärztlichen  
Vereinigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Sie organisieren einen ausreichenden Notdienst.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 89 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte wahrgenommen wird, gelten die Abs. 1 und 2 entsprechend.

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

(5) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

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

e) § 84 erhält folgende Fassung:

„§ 84

Freie Arztwahl

(1) Die Versicherten können unter den zu der kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten (Kassenärzten) und zugelassenen ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie den Einrichtungen der Krankenkassen frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

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

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

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

39. Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt Zweiter Titel wird wie folgt geändert:

a) § 85 Abs. 1 bis 3 erhält folgende Fassung:

„(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben bilden die Kassenärzte für den Bereich jeder nach § 70 Abs. 1 gebildeten Region eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen).

(2) Hat die Landesregierung nach § 71 Abs. 2 zwei oder mehrere regionale Gesundheitskonferenzen vereinigt, so kann sie auch die entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigungen dieser Region vereinigen. § 72 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.“

b) § 89 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Nr. 1 wird das Wort „Bezirk“ ersetzt durch das Wort „Region“.

bb) In Absatz 3 Nr. 1 wird das Wort „überbezirklich“ ersetzt durch das Wort „überregional“.

cc) In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte „kassen- oder vertragsärztlichen Pflichten“ ersetzt durch die Worte „kassenärztlichen Pflichten“.

40. Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt Dritter Titel wird wie folgt geändert:

a) § 90 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 2 werden die Worte „Landesverbände der Krankenkassen“ ersetzt durch die Worte „Regionalverbände der Krankenkassen“.

bb) Absatz 3 wird gestrichen.

b) § 91 erhält folgende Fassung:

„§ 91

Gesamtverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Regionalverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung.

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

c) § 92 erhält folgende Fassung:

„§ 92

Vereinbarung von Richtgrößen

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln, soweit die regionale Gesundheitskonferenz hierzu keine Festlegungen getroffen hat. Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen.“

d) § 93 erhält folgende Fassung:

„§ 93

Gesamtvergütung

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender

Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach diagnoseabhängigen Fallpauschalen oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser Berechnungsarten ergibt. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25, 25 a, 26 sowie 56 a und 56 b werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sowie für pauschale Material- und Laborkosten nicht zulässig.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen. Die Empfehlungen des Orientierungsrahmens sollen dabei beachtet, die Vorgaben der regionalen Gesundheitskonferenz müssen berücksichtigt werden.

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

e) § 94 erhält folgende Fassung:

„§ 94

Empfehlungen

(1) Enthält der Orientierungsrahmen keine Empfehlungen oder Orientierungsdaten über eine angemessene Veränderung der Gesamtvergütung, so können die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen

Bundesvereinigungen gemeinsam eine solche Empfehlung abgeben. In diesem Fall ist die Empfehlung einmal jährlich für den Zeitraum der Gültigkeit des Orientierungsrahmens zu geben.

(2) Die Empfehlungen sollen bei Abschluß der Verträge nach § 91 berücksichtigt werden. Abweichende Vereinbarungen sind zulässig, soweit besondere regionale Verhältnisse dies erfordern.“

f) § 95 erhält folgende Fassung:

„§ 95

Bundesmantelvertrag, einheitlicher  
Bewertungsmaßstab

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. In den Bundesmantelverträgen sind auch die Regelungen, die zur Organisation der kassenärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. Bei der Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter ist § 81 Abs. 5 zu beachten.

(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Dabei hat er die bei typischen Krankheiten und Krankheitsverläufen üblicherweise zu erbringenden Leistungen zu einem Leistungskomplex zusammenzufassen und insgesamt zu bewerten (diagnoseabhängige Fallpauschale). In den Fällen, in denen dies nicht möglich ist, kann die einzelne Leistung bewertet werden. Für typische Fälle der Multimorbidität hat der Bewertungsausschuß im Bewertungsmaßstab durch Kombination der entsprechenden diagnoseabhängigen Fallpauschalen eine neue Fallpauschale zu bilden. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

(3) Der Bewertungsausschuß besteht aus je sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestellten Vertretern. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen.

(4) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder gilt § 97 Abs. 3 Satz 1 entsprechend.

(5) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne von § 90 Abs. 1.“

41. In Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt wird der Vierte Titel (§ 96) gestrichen.

42. § 97 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „Landesverbände“ und „Landesschiedsamt“ durch die Worte „Regionalverbände“ und „regionales Schiedsamt“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Landesverbände“ durch das Wort „Regionalverbände“ ersetzt.

c) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

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

d) § 97 Abs. 7 wird gestrichen.

43. Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt Sechster Titel wird wie folgt geändert:

a) § 98 erhält folgende Fassung:

„§ 98

Regionalausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Regionalverbände der Krankenkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Regionalausschuß der Krankenkassen und Ärzte und einen Regionalausschuß der Krankenkassen und Zahnärzte.

(2) Die Regionalausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Gebietskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Regionalverbände einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Regionalverbänden der Krankenkassen berufen. Ist in dem Bereich eines Regionalausschusses in einem Regionalverband eine bestimmte Kassenart nicht vertreten und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, verringert sich die Zahl der Ärzte entsprechend. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Regionalverbänden der Krankenkassen bestellt.

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

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

b) § 99 erhält folgende Fassung:

„§ 99  
Bundesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden einen Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte und einen Bundesausschuß der Krankenkassen und Zahnärzte.

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Gebietskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen berufen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt. § 98 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einerseits und die Spitzenverbände der Krankenkassen andererseits tragen die Kosten der Bundesausschüsse je zur Hälfte. § 98 Abs. 3 Satz 4 gilt.

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

c) § 100 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 1 Satz 1 erhält die Fassung:

„Die Bundesausschüsse beschließen die zur ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien.“

bb) Absatz 1 Nr. 9 wird in der Fassung des Regierungsentwurfes eingefügt.

cc) Absatz 1 Nr. 10 wird gestrichen.

dd) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben die Arzneimittel, über die die Spitzenverbände der Krankenkassen und die pharmazeutischen Hersteller eine Vereinbarung über den Herstellerabgabepreis getroffen haben, in einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel (Positiv-Liste) zusammenzustellen. Die Zusammenstellung ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. Sie muß einen Preisvergleich ermöglichen. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu er-

möglichen, können für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel in folgenden Gruppen zusammengefaßt werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,
2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind. Soweit die Richtlinien für Heilmittel gelten, finden die Sätze 2 bis 4 sinngemäß Anwendung."

ee) Absatz 2 a wird gestrichen.

ff) In Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „wirtschaftlicher“ die Worte „sowie standardisierter“ eingefügt.

gg) Absatz 5 wird gestrichen.

hh) Absatz 6 endet mit dem Wort „Bundesmantelverträge“.

44. Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt Siebter Titel wird wie folgt geändert:

a) § 103 erhält folgende Fassung:

„§ 103

Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung

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

(2) Die Zulassung als Kassenarzt erfolgt durch vertragliche Vereinbarung mit dem Regionalverband der Krankenkassen. Er hat soviel Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen zuzulassen, wie der Gesundheitsbedarfsplan vorsieht. Vertragliche Vereinbarungen nach Satz 1 haben eine Laufzeit von zehn Jahren; sie können nach Ablauf von neun Zehnteln der Vertragsdauer erneuert werden. Vertragliche Vereinbarungen sind nur mit Ärzten zulässig, die eine Weiterbildung nach den landesrechtlichen Bestimmungen erfolgreich abgeleistet haben.

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

(4) Ein Krankenhaus nimmt an der kassenärztlichen Versorgung teil, wenn sie sonst nicht sichergestellt werden kann und der Gesundheitsbedarfsplan dies vorschreibt. Der Regionalverband der Krankenkassen schließt hierzu mit dem Krankenhaus eine vertragliche Vereinbarung. Die Teilnahme ist auf bestimmte Fachgebiete und Aufgaben zu beschränken. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für das Krankenhaus verbindlich.

(5) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Ansonsten endet die Zulassung mit dem Auslaufen der vertraglichen Vereinbarung nach Absatz 2, wenn sie nicht verlängert worden ist."

b) Nach § 103 werden folgende §§ 103 a und 103 b eingefügt:

„§ 103 a

Kündigung, Auslaufen der vertraglichen Vereinbarung

(1) Die Zulassung wird durch Kündigung der nach § 103 Abs. 2 geschlossenen vertraglichen Vereinbarung entzogen.

(2) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kassenarzt die kassenärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Entzug der Zulassung wird wirksam am Ende des Halbjahres, in dem das Ereignis eingetreten ist, das für den Entzug ursächlich war.

(3) Sind in einer Region mehr Kassenärzte zugelassen als der Gesundheitsbedarfsplan oder seine Fortschreibung dies ausweisen, so hat der Regionalverband der Krankenkassen die tatsächliche Zahl der Kassenärzte mit der Zahl der im Bedarfsplan vorgesehenen Kassenärzte in Übereinstimmung zu bringen. Er hat dies durch Verzicht auf Vertragserneuerungen nach § 103 Abs. 2 Satz 3 zu bewirken. Der Regionalverband hat dabei zunächst auf die Vertragsverlängerung bei denjenigen Kassenärzten zu verzichten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben; sodann ist auf die Vertragsverlängerung bei den Kassenärzten zu verzichten, die bisher am längsten an der kassenärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

(4) Nehmen Krankenhäuser an der kassenärztlichen Versorgung teil, so ist zunächst ihre Teilnahme durch Kündigung der vertraglichen Vereinbarung zu beenden, wenn der in Absatz 3 Satz 1 beschriebene Fall eintritt.

Eine Kündigung ist frühestens mit dem Ablauf des achten Jahres möglich, das dem Beginn der Teilnahme an der kassenärztlichen Vereinigung folgt; sie wird nach zwei weiteren Jahren wirksam.

(5) Der Regionalverband der Krankenkassen hat bei der Erneuerung der vertraglichen Vereinbarung nach § 103 Abs. 2 Satz 3 zuvor die Sicherung der Teilnahme einer ausreichenden Zahl neu ausgebildeter Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung zu berücksichtigen. Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.

#### § 103b

##### Übergangsregelung

Kassenärzte, die vor dem 1. Juli 1989 zugelassen worden sind, nehmen weiterhin an der kassenärztlichen Versorgung teil. Die vertragliche Vereinbarung nach § 103 Abs. 2 Satz 1 gilt als zustande gekommen. § 103 Abs. 2 Satz 3 und 4, Abs. 5, Satz 1 sowie § 103 a Abs. 3 und 5 gelten nicht."

c) §§ 104 und 105 werden gestrichen.

d) § 106 erhält folgende Fassung:

#### „§ 106

##### Zulassungsverordnungen

(1) Die Zulassungsverordnungen regeln das Nähere über die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Führung von Arztregistern durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in diese Register und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
2. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister,
3. die Ausschreibung von Kassenarztsitzen,
4. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
5. den Ausschluß einer Zulassung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz,

6. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,

7. die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen die zuständige deutsche Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt hat, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen nach Artikel 60 des EWG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätig werden,

8. die Voraussetzungen, unter denen eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung über das 65. Lebensjahr hinaus ausnahmsweise möglich ist."

45. Artikel 1 Viertes Kapitel Zweiter Abschnitt Achter Titel (§§ 107 bis 113) wird gestrichen.

46. § 114 erhält folgende Fassung:

#### „§ 114

##### Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch Kassenärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse errichtet. Die Ärzte und Krankenkassen entsenden in die Ausschüsse Vertreter in gleicher Zahl. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrags vereinbaren das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren der Ausschüsse.

(3) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind in den Gesamtverträgen

1. Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 92 und
2. Verfahren, die auf der Grundlage von Stichproben, die wenigstens zwei vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen müssen, eine Prüfung einzelner Ärzte und einzelner Leistungen ermöglichen,

zu vereinbaren. Werden in den Gesamtvertraglichen Verfahren zur Prüfung nach Durchschnittswerten vereinbart, so dürfen die einzelnen Durchschnittswerte der erbrachten und verordneten Leistungen nicht nur je für sich bewertet werden. Es ist dabei auch zu prüfen, ob das Überschreiten von Durchschnittswerten durch therapeutische Maßnahmen des Kassenarztes verursacht worden ist, die das Unterschreiten von Durchschnittswerten in anderen Leistungsbereichen zur Folge hatten. Ist dies der Fall, müssen beide Abweichungen insgesamt bewertet werden.

(4) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser die Regionalverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen nach § 125 und der belegärztlichen Leistungen (§ 130), § 91 Abs. 2 gilt entsprechend.“

47. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift lautet:

„Krankenhäuser, Übergangseinrichtungen,  
Vorsorge- oder  
Rehabilitationseinrichtungen“.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Übergangseinrichtungen sind Einrichtungen, in denen psychisch Kranke und seelisch Behinderte, die nicht oder nicht mehr einer Krankenhausbehandlung bedürfen, zeitlich begrenzt neben stationärer Unterkunft und Verpflegung Behandlung erhalten, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten und außerdem berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation angeboten oder vermittelt werden.“

48. In Artikel 1 erhalten §§ 116 bis 118 folgende Fassung:

#### „§ 116

Teilnahme an der Kassenkrankenhausversorgung

(1) An der Kassenkrankenhausversorgung nehmen Krankenhäuser teil, die mit dem Regio-

nalverband der Krankenkassen eine vertragliche Vereinbarung geschlossen haben.

(2) Der Regionalverband kann nur mit einer solchen Zahl von Krankenhäusern vertragliche Vereinbarungen schließen, die der Zahl der im Gesundheitsbedarfsplan ausgewiesenen Krankenhäuser entspricht. Er hat dabei die dort ausgewiesene Bettenzahl und ihre fachliche Aufgliederung zu berücksichtigen.

(3) Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes hat der Regionalverband der Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes kommt dem Abschluß eines Vertrages nach Absatz 1 gleich.

#### § 117

Vertragliche Vereinbarung

(1) Ein Vertrag nach § 116 Abs. 1 kommt durch Einigung zwischen dem Regionalverband der Krankenkassen und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform.

(2) Ein Anspruch auf Abschluß eines Vertrags nach § 116 Abs. 1 besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluß eines Vertrages bewerben, entscheidet der Regionalverband der Krankenkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.

(3) Ein Vertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet. Der Abschluß des Vertrags wird mit der Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden wirksam.

(4) Mit einem Vertrag nach § 116 Abs. 1 wird das Krankenhaus für die Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seiner vertraglichen Aufgaben zur Krankenhausbehandlung (§ 38) der Versicherten verpflichtet.

#### § 118

Kündigung der vertraglichen Vereinbarung

(1) Die Zulassung des Krankenhauses wird durch Kündigung der vertraglichen Vereinbarung nach § 116 Abs. 1 ganz oder teilweise entzogen.

(2) Die Zulassung ist ganz zu entziehen, wenn die Voraussetzungen des § 117 Abs. 3 nicht mehr vorliegen; eine Kündigung wegen Unwirtschaftlichkeit ist nur möglich, wenn diese nicht nur vorübergehend ist. § 103 a Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Sind in einer Region mehr Krankenhäuser mit mehr Krankenhausbetten zugelassen als der Gesundheitsbedarfsplan oder seine Fortschreibung dies ausweisen, so hat der Regionalverband der Krankenkassen die tatsächliche Zahl der Krankenhausbetten mit der im Bedarfsplan vorgesehenen Zahl der Krankenhausbetten durch entsprechenden Entzug der Zulassung nach Absatz 1 in Übereinstimmung zu bringen. Für die einzuhaltenden Fristen gilt § 103 Abs. 3 Sätze 2 und 3.

(4) Wird die Zulassung aus dem im Absatz 3 genannten Grunde nur teilweise entzogen, so hat der Regionalverband der Krankenkassen zu beachten, daß der dem Krankenhaus verbleibende nichtgekündigte Teil der Krankenhausbetten insgesamt einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht."

49. In Artikel 1 werden nach § 118 folgende §§ 118 a bis 118 f eingefügt:

„§ 118 a

Kassenkrankenhausvereinigungen  
und Bundesvereinigung

(1) Die in einer Region zugelassenen Krankenhäuser (Kassenkrankenhaus) werden Mitglied in der Kassenkrankenhausvereinigung. Sie werden durch die Krankenhausträger vertreten.

(2) Die Kassenkrankenhausvereinigungen bilden die Kassenkrankenhausbundesvereinigung.

(3) Die Kassenkrankenhausvereinigungen vertreten die Krankenhäuser in allen Fragen der Krankenhausversorgung der Versicherten gegenüber den Regionalverbänden der Krankenkassen und schließen mit ihnen dazu Verträge. Die Verträge bedürfen der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde.

(4) Für die Aufsicht, das Haushalts- und Rechnungswesen, das Vermögen und die Statistiken gelten die Bestimmungen des § 86 sinngemäß.

§ 118 b

Selbstverwaltungsorgane

(1) Selbstverwaltungsorgane der Kassenkrankenhausvereinigungen und der Kassenkrankenhausbundesvereinigungen sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

(2) Jedes Krankenhaus entsendet durch den Krankenhausträger 1 Mitglied je 100 zugelassener Betten in die Vertreterversammlung. Die Mitglieder müssen im Krankenhaus beschäftigt sein. Jede Kassenkrankenhausvereinigung entsendet mindestens ein Mitglied in die Kassenkrankenhausbundesvereinigung. Überschreitet die Zahl der zugelassenen Betten einer Kassenkrankenhausvereinigung fünftausend, entsendet sie für jede weitere zugelassene angefangene 5 000 Betten ein weiteres Mitglied.

(3) § 87 Abs. 3 und 4, § 88 Abs. 1 Satz 2 sowie Abs. 2 und 3, § 89 Abs. 1 und 2, Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 5 gelten sinngemäß.

§ 118 c

Pflegesätze

(1) Das Kassenkrankenhaus erwirtschaftet die Kosten für den laufenden Betrieb der Krankenhausversorgung und die erforderlichen Neu- und Ersatzinvestitionen aus dem Pflegesatz. Es hat dabei die ihm im Rahmen des Gesundheitsbedarfsplanes durch Abschluß von vertraglichen Vereinbarungen nach § 116 Abs. 1 übertragenen Aufgaben zu beachten.

(2) Der Regionalverband der Krankenkassen vereinbart die Höhe der Pflegesätze unter Berücksichtigung der von den einzelnen Krankenhäusern wahrzunehmenden Aufgaben mit der Kassenkrankenhausvereinigung. Die Pflegesätze sind als diagnoseabhängige Fallpauschalen oder als nach der Verweildauer degressiv gestufte pauschalierte Entgelte zu vereinbaren. Wählen die vertragsschließenden Parteien ein anderes Entgeltsystem, so bedarf der Vertragsabschluß der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde. Die Vereinbarung von tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesätzen ist nicht zulässig.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenkrankenhausbundesvereinigung vereinbaren in einem Bundesmantelvertrag Näheres, insbesondere aber die Einzelheiten der verschiedenen Entgeltformen. Der Bundesmantelvertrag ist für die Kassenkrankenhausvereinigungen und die Regionalverbände verbindlich.

§ 118 d

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

In den Verträgen nach § 118 a Abs. 3 sind die Einzelheiten periodisch durchzuführender Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Krankenhäusern durch unabhängige Wirtschaftsprüfungsgesellschaften zu vereinbaren. Es ist auch zu regeln, unter welchen Bedingungen die Krankenkassen das Recht zu außerordentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen besitzen.

## § 118e

Verträge und Rahmenempfehlungen  
über Krankenhausbehandlung

(1) Die Regionalverbände der Krankenkassen schließen mit der Kassenkrankenhausvereinigung gemeinsam Verträge nach § 118a Abs. 3, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
  - a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
  - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. Die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung,
3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege.

Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser in der Region unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 118f festgesetzt.

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

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Kassenkrankenhausbundesvereinigung sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

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

sationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

## § 118f

## Schiedsamt

(1) Kommt eine Vereinbarung nach § 118a Abs. 3 oder nach § 118c Abs. 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

(2) Die Kassenkrankenhausvereinigung und der Regionalverband der Krankenkassen bilden ein Schiedsamt für die Kassenkrankenhausversorgung, die Kassenkrankenhausbundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Bundesschiedsamt.

(3) Aufgaben, Rechte, Pflichten, Zustandekommen, Kostenverteilung und Wahlverfahren richten sich sinngemäß nach den in § 97 Abs. 2 bis 6 festgelegten Grundsätzen für die Schiedsämter und Bundesschiedsämter der kassenärztlichen Versorgung."

50. Artikel 1 § 119 erhält folgende Fassung:

## „§ 119

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder  
Rehabilitationseinrichtungen

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

(2) Die Regionalverbände der Krankenkassen schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen einheitliche Verträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 115 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 117 gilt sinngemäß. Regionalverbände der Krankenkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Der Bedarf an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird durch die Gesundheitsbedarfspläne der Regionen festgestellt. Die Landesregierung sichert die überregionalen Versorgungserfordernisse durch Koordination der regionalen Bedarfspläne bei der Genehmigung der Versorgungsverträge nach § 117 Abs. 3. Ein Vertrag nach Absatz 1 kann auch mit Einrichtungen geschlossen werden, die außerhalb der Region, für die der Vertrag geschlossen wird, oder außerhalb des Landes, das den Vertrag genehmigen muß, liegt, wenn die Umstände dies erfordern.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Regionalverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Ist eine Kündigung aufgrund der Anpassung an die im Gesundheitsbedarfsplan vorgesehene Bettenzahl erforderlich, so gelten die entsprechenden Bestimmungen für Kassenkrankenhäuser sinngemäß.

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

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

51. Artikel 1 § 120 erhält folgende Fassung:

„§ 120

Übergangseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen für psychisch Kranke in Übergangseinrichtungen nach § 115 Abs. 2. Die Regionalverbände schließen hierzu Verträge mit der Zahl an Übergangseinrichtungen, die der Gesundheitsbedarfsplan vorsieht.

(2) Die Vergütung für Leistungen, die in Übergangseinrichtungen erbracht werden, erfolgt in pauschalierter Form entsprechend der Schwere der Erkrankung und des erforderlichen Leistungsumfangs. Die Regionalverbände der Krankenkassen und die Träger der Einrichtungen treffen hierüber vertragliche Vereinbarungen.

(3) Die Regionalverbände der Krankenkassen können die Verträge nach Absatz 1 Satz 2 kündigen. Die entsprechenden Bestimmungen für Kassenkrankenhäuser finden sinngemäß Anwendung.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt in enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Richtlinien die Mindestvoraussetzungen für die Anerkennung von Übergangseinrichtungen, insbesondere hinsichtlich

1. der Art und des Umfangs der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen,
2. der personellen und sachlichen Ausstattung,
3. der Dauer der Maßnahme, die ein Jahr nicht unterschreiten und in der Regel zwei Jahre nicht überschreiten soll,

und unter welchen medizinischen Voraussetzungen und in welchen Zeitabständen die Leistung in Anspruch genommen werden kann."

52. In Artikel 1 werden die §§ 121 und 122 gestrichen.

53. In Artikel 1 erhalten die §§ 123 bis 125 folgende Fassung:

„§ 123

Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Kassenkrankenhäusern und Kassenärzten

(1) Die Regionalverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenkrankenhausvereinigungen schließen gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und Kassenkrankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Anschaffung und den Betrieb gemeinsamer Einrichtungen und Großgeräte durch Kassenärzte und Kassenkrankenhäuser, wenn der Gesundheitsbedarfsplan dies vorsieht,
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,

4. die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch.

Sie sind für die Krankenkassen, die Kassenärzte und Kassenkrankenhäuser in der Region unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Kassenärzte in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist (erweitertes Schiedsamt). Die Vertreter der Kassenärzte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt.

(4) Kommt eine Regelung nach Absätzen 1 bis 3 bis zum 31. Dezember 1990 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenkrankenhausbundesvereinigung sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

#### § 124

##### Ambulante Behandlung durch Kassenkrankenhäuser

(1) Kassenkrankenhäuser nehmen nach Maßgabe des Gesundheitsbedarfsplanes an der ambulanten Versorgung teil, wenn sie auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Ihre Teilnahme beschränkt sich auf die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben oder die Vertretung bestimmter Fachgebiete.

(2) Abweichend von Absatz 1 nehmen psychiatrische Krankenhäuser und Kassenkrankenhäuser mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen sowie fachärztlich geleiteten sozialpsychiatrischen Diensten in jedem Falle an der ambulanten Versorgung teil. Die Regionalverbände der Krankenkassen schließen hierzu mit den Trägern Verträge.

(3) Die Verträge nach Absatz 2 regeln die ambulante Erbringung von Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung zur Vermeidung stationärer Aufenthalte, zur Nachsorge nach stationären Aufhalten, zur Krisenintervention und zur Behandlung chronisch Kranker, wenn diese Einrichtungen über das hierfür notwendige Personal verfügen. Die Verträge nach Absatz 2 haben

auch die Vergütung solcher Leistungen zu regeln, die auf ärztliche Anordnung von Medizinalfachpersonal erbracht werden. Die Höhe der Vergütung ist zwischen den Regionalverbänden der Krankenkassen und dem Träger der Einrichtung im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung außerhalb des Verteilungsmaßstabs (§ 93 Abs. 4) zu vereinbaren. Die Vergütung kann auch als pauschaler Betrag für den einzelnen Behandlungsfall vereinbart werden.

#### § 125

##### Polikliniken

(1) Poliklinische Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) nehmen auf Verlangen ihrer Träger an der ambulanten Behandlung der Versicherten teil. Die Teilnahme ist so zu gestalten, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung der Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können.

(2) Der Regionalverband der Krankenkassen und der Träger der Poliklinik regeln das Nähere der sich aus Absatz 1 ergebenden Aufgaben durch Verträge. Soweit die Verträge nach Satz 1 die Entgelte für erbrachte Leistungen regeln, ist sicherzustellen, daß in ihnen Kosten der Forschung und Lehre nicht enthalten sind."

54. In Artikel 1 wird nach § 125 folgender § 126 eingefügt:

#### „§ 126

##### Ambulante Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Die Regionalverbände der Krankenkassen sind verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen zur Durchführung ambulanter ärztlicher Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach § 66 Verträge zu schließen."

55. Artikel 1 § 127 wird gestrichen.

56. Artikel 1 §§ 128 und 129 erhalten folgende Fassung:

#### „§ 128

##### Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, nehmen nach Maßgabe des Gesundheitsbedarfsplanes an der ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern teil.

Die Regionalverbände der Krankenkassen und die Träger der Einrichtungen regeln die Einzelheiten durch Verträge.

(2) Die sozialpädiatrische Behandlung umfaßt die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auch psychologische Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 42), die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.

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

#### § 129

##### Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Kassenkrankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen sowie die Leistungen der Polikliniken und Einrichtungen nach § 126 werden nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung muß die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen und der Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

(3) Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken, der Einrichtungen nach § 126 und der sozialpädiatrischen Zentren kann pauschaliert werden.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest."

57. Artikel 1 § 130 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 123 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und Kassenkrankenhäusern auf eine leistungsfähige

und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin.“

58. In Artikel 1 werden die §§ 131 und 132a gestrichen.

59. In Artikel 1 wird im Vierten Kapitel nach dem Vierten Abschnitt folgender Abschnitt Vier a eingefügt:

#### „Abschnitt Vier a

##### Beziehungen zu den Erbringern zahntechnischer Leistungen

#### § 132 b

##### Zahntechnik-Ausschuß

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesinnungsverband des Zahntechniker-Handwerks bilden einen Zahntechnik-Ausschuß. Er besteht aus je fünf Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesinnungsverbandes. Den Vorsitz führt jährlich abwechselnd ein Vertreter der Krankenkassen und der Zahntechniker.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesinnungsverband des Zahntechniker-Handwerks vereinbaren durch den Zahntechnik-Ausschuß alle sie berührenden allgemeinen Fragen, die mit der zahntechnischen Versorgung der Versicherten zusammenhängen. Der Zahntechnik-Ausschuß vereinbart dabei durch Rahmenverträge insbesondere die Rechnungslegung sowie die direkte Abrechnung der von den zahntechnischen Betrieben erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen und mit dem Versicherten, soweit er eine Zuzahlung zu leisten hat.

(3) Der Zahntechnik-Ausschuß hat in Verträgen nach Absatz 2 auch zu regeln, unter welchen Voraussetzungen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion abnehmbarer Prothesen einschließlich Unterfütterungen von zahntechnischen Betrieben nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse selbst durchgeführt werden können.

#### § 132 c

##### Bundesleistungsverzeichnis

(1) Der Zahntechnik-Ausschuß vereinbart ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die Standardlösungen nach § 30 sind dabei zu berücksichtigen. Über das bundeseinheitliche Verzeichnis ist das Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung herzustellen.

(2) Werden zahntechnische Leistungen nach Absatz 1 von einem zahntechnischen Labor ei-

nes Kassenzahnarztes erbracht, so sind sie Gegenstand der kassenzahnärztlichen Versorgung.

(3) Kommt das nach Absatz 1 zu erstellende Verzeichnis ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 95 Abs. 4 und 5 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Bewertungsausschusses der Zahn-technik-Ausschuß und an die Stelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Bundesin-nungsverband des Zahntechniker-Handwerks tritt.

#### § 132 d

##### Vergütungen

(1) Über die Vergütungen der zahntechnischen Leistungen, die im Verzeichnis nach § 132 c Abs. 1 aufgeführt sind, schließen der Regionalverband der Krankenkassen und die in der Region ansässige Zahntechniker-Innung Verträge. Sind in einer Region mehrere Zahn-techniker-Innungen ansässig, so handeln sie gemeinsam.

(2) Über die Vergütungen der zahntechnischen Leistungen, die von zahntechnischen Labors der Kassenzahnärzte erbracht werden, schließen der Regionalverband der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Verträge. Absatz 1 Satz 2 gilt. Die Verträge nach Satz 1 haben die Preise nach Absatz 1 deutlich zu unterschreiten.

#### § 132 e

##### Lieferberechtigung

(1) Der Regionalverband der Krankenkassen schließt entsprechend der nach § 76 a Abs. 2 Nr. 8 von der Regionalen Gesundheitskonferenz im Gesundheitsbedarfsplan der Region festgelegten Zahl der zahntechnischen Betriebe Lieferberechtigungsverträge. Er hat dabei ihre räumlich ausgewogene Verteilung in der Region zu beachten.

(2) Betriebe ohne Lieferberechtigungsvertrag können bei der Versorgung der Versicherten nicht tätig werden.

#### § 132 f

##### Zahntechnische Labors der Kassenzahnärzte

(1) Die Berechtigung zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung nach § 103 schließt eine Berechtigung zum Betrieb eines zahnärztlichen zahntechnischen Labors für die Versorgung der Versicherten nicht ein. Sie kann nach § 132 e Abs. 1 erteilt werden.

(2) Für zahnärztliche zahntechnische Labors gilt § 132 e Abs. 2 sinngemäß.

#### § 132 g

##### Mindeststandards

Der Regionalverband der Krankenkassen kann den Abschluß der Lieferberechtigungsverträge mit zahntechnischen Betrieben oder kassenzahnärztlichen zahntechnischen Labors von der Einhaltung qualitativer Mindeststandards abhängig machen, die der Zahntechnik-Ausschuß festlegt.

#### § 132 h

##### Kündigung

Die Lieferberechtigung wird durch Kündigung der Verträge nach § 132 e Abs. 1 entzogen. § 103 b Abs. 2 und Abs. 3 gilt sinngemäß."

60. Artikel 1 § 133 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1 a eingefügt:

„(1 a) Die Zulassung erfolgt durch vertragliche Vereinbarung (Lieferberechtigungsvertrag) mit dem Regionalverband der Krankenkassen. Die Zahl der vom Regionalverband abzuschließenden Lieferberechtigungsverträge hat den Forderungen des Gesundheitsbedarfsplanes zu entsprechen. Für die Kündigung der Lieferberechtigungsverträge finden die entsprechenden Bestimmungen für Kassenzahnärzte sinngemäß Anwendung.“

b) Absatz 2 beginnt mit den Worten, „Zugelassen werden kann nur, wer“.

c) Absätze 4 bis 6 werden gestrichen.

61. Artikel 1 § 134 erhält folgende Fassung:

#### „§ 134

##### Verträge

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln schließen die Regionalverbände der Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer. Dies schließt Vereinbarungen über Preise ein. Vereinbarte Preise sind Höchstpreise. Die Krankenkassen sind berechtigt, Leistungserbringer, die die Höchstpreise unterschreiten, ihren Versicherten zu empfehlen.“

62. Artikel 1 Viertes Kapitel Sechster Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) § 135 erhält folgende Fassung:

## „§ 135

## Zulassung

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

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

(3) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erlaß der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht mehr erfüllt.“

b) § 136 erhält folgende Fassung:

## „§ 136

## Verträge

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln schließen die Regionalverbände der Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern oder den Verbänden der Leistungserbringer. § 134 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.“

c) § 137 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 entfällt das Wort „gemeinsam“.

bb) In Satz 2 entfallen die Worte „dafür vorgesehenen Festbeträge oder“.

63. In Artikel 1 erhält das Vierte Kapitel Siebenter Abschnitt folgende Fassung:

## „Siebter Abschnitt

Beziehungen zu Arzneimittelherstellern  
und Apotheken

## § 138

## Arzneimittelversorgung

(1) Zur Sicherung einer ordnungsgemäßen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit wirksamen Arzneimitteln arbeiten die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenkrankenhausbundesvereinigung und die Berufsvertretungen der Apotheker eng zusammen. Sie errichten zum 1. Juli 1989 gemeinsam ein unabhängiges Arzneimittelinstitut für die kassenärzt-

liche Versorgung. Das Institut ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und unterliegt der Aufsicht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. § 86 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Das Institut schlägt den Krankenkassen unter Berücksichtigung der verschiedenen Therapierichtungen die Fertigarzneimittel vor, die bei Beachtung der therapeutischen Wirksamkeit, der relativen Unbedenklichkeit und der pharmazeutischen Qualität für eine Verordnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung infrage kommen. Der Vorschlag, der erstmals zum 31. Juli 1990 unterbreitet werden muß, ist nach Anwendungsgebieten und innerhalb der Anwendungsgebiete nach Therapieprinzipien getrennt zu unterbreiten; er muß ferner eine Angabe über die Preiswürdigkeit der Arzneimittel enthalten.

(3) Das Institut soll seinen Vorschlag fortlaufend der Entwicklung anpassen sowie neue Arzneimittel und Therapieprinzipien berücksichtigen. Arzneimittel, die nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Verordnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht mehr infrage kommen, sind aus dem Vorschlag zu streichen. Die Streichung kann auch für bestimmte Indikationsgebiete oder Therapieprinzipien erfolgen.

## § 138 a

## Verträge

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam Verträge mit den Herstellern von Fertigarzneimitteln oder mit den von ihnen bevollmächtigten Verbänden. Gegenstand der Verträge sind insbesondere die Preise der im Rahmen der kassenärztlichen und Kassenkrankenhausversorgung abgegebenen Arzneimittel, soweit sie nach dem Vorschlag des Arzneimittelinstituts für die kassenärztliche Versorgung hierfür in Frage kommen. Der Inhalt der Verträge ist dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in geeigneter Form binnen 4 Wochen mitzuteilen. Er hat ihn in seinen Richtlinien gemäß § 100 Abs. 1 Nr. 6 zu berücksichtigen.

(2) Die Verordnung von Arzneimitteln, über die kein Vertrag gemäß Absatz 1 zustandegekommen ist, ist unzulässig; sie sind aus der Zusammenstellung nach § 100 Abs. 1 Nr. 6 zu streichen.

(3) Die Hersteller von Fertigarzneimitteln stellen durch geeignete Maßnahmen die Menge der im Verlaufe eines Jahres im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung verordneten einzelnen Arzneimittel fest. Das Nähere, insbesondere Art und Umfang der zu ermittelnden Daten, regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister

für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Richtlinien.

(4) Die Hersteller von Fertigarzneimitteln haben die nach Absatz 3 ermittelten Daten dem Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte sowie dem Bundesgesundheitsamt bekannt zu machen.

#### § 138b

##### Kündigung

(1) Krankenkassen oder pharmazeutische Hersteller können verlangen, daß die nach § 138a geschlossenen Verträge der wirtschaftlichen Entwicklung angepaßt werden (Änderungskündigung). Das Verlangen ist zu begründen und der anderen Vertragspartei schriftlich mitzuteilen.

(2) Eine Änderungskündigung ist frühestens zum Ablauf des 12. Monats nach Zustandekommen des Vertrages oder nach der letzten Anpassung möglich. Ist mit Ablauf des 10. Monats eine Änderungskündigung der anderen Vertragspartei nicht zugegangen, so verlängert sich der Vertrag um ein weiteres Jahr.

(3) Die nach Absatz 1 angepaßten Verträge werden frühestens zwei Wochen nach der Einigung der Vertragsparteien wirksam. Die bisherigen Verträge gelten bis zu diesem Zeitpunkt fort. § 138a Abs. 1 Satz 3 und 4 gilt sinngemäß.

(4) Kommt ein Arzneimittel nach dem Vorschlag des Arzneimittelinstituts für die kassenärztliche oder Kassenkrankenhausversorgung zur weiteren Verordnung nicht mehr in Frage, so haben die Krankenkassen den hierüber geschlossenen Vertrag unverzüglich zu kündigen. Die Kündigung wird mit dem Ablauf des folgenden Jahres wirksam, sie ist dem Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte mitzuteilen. § 138a Abs. 1 Satz 4 gilt.

#### § 138c

##### Ersatzvornahme

(1) Kommt eine Einigung über die Verträge gemäß § 378 Abs. 1 oder ihre Anpassung gemäß § 379 Abs. 1 nicht zustande, so kann jede Vertragspartei den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung anrufen. Er hat die Beteiligten anzuhören und zur Einigung anzuhalten.

(2) Erfolgt nicht binnen vier Wochen nach Anrufung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung eine Einigung, so setzt er in einem Einigungsvorschlag den Vertragsinhalt fest und teilt ihn dem Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte mit. § 138a Abs. 1 Satz 4 gilt.

#### § 138d

##### Verträge der Kassenkrankenhäuser

Die Kassenkrankenhausbundesvereinigung kann für die Kassenkrankenhausversorgung von den vertraglichen Vereinbarungen nach § 138a abweichen und eigene Vereinbarungen mit den pharmazeutischen Herstellern über die vom Arzneimittelinstitut nach § 138 für geeignet erklärten Arzneimittel treffen, wenn wichtige Gründe vorliegen. Sie sind gegenüber dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung geltend zu machen. Er hat die Vereinbarungen zu genehmigen.

#### § 139

##### Vorläufige Rabatte

(1) Verträge gemäß § 138a sind bis spätestens 31. Dezember 1991 abzuschließen. Bis Vertragsabschluß, längstens bis 31. Dezember 1991, gewähren die pharmazeutischen Hersteller für Arzneimittel, die im Rahmen der Kassenärztlichen Verordnung abgegeben werden, einen Rabatt von 10 vom Hundert bezogen auf den Arzneimittelpreis ab Hersteller vom 31. Dezember 1988.

(2) Arzneimittel, für die bis 31. Dezember 1991 keine vertragliche Vereinbarung zustande gekommen ist, sind gemäß § 138a Abs. 2 im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht mehr verordnungsfähig. Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte kann in Ausnahmefällen feststellen, daß ein nicht mehr verordnungsfähiges Arzneimittel zur Sicherung einer ordnungsgemäßen Versorgung erforderlich ist. Eine Feststellung nach Satz 2 kommt nur zustande, wenn ihr zwei Drittel der Mitglieder des Bundesausschusses zustimmen und das Arzneimittel vom Arzneimittelinstitut für die kassenärztliche Versorgung vorgeschlagen ist. In diesen Fällen verlängert sich die Verordnungsfähigkeit bis 31. Dezember 1993, der zu gewährende Rabatt erhöht sich auf 20 vom Hundert bezogen auf den Arzneimittelpreis ab Hersteller vom 31. Dezember 1988.

#### § 140

##### Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

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

1. Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat,

2. Abgabe auch von preisgünstigen importierten Arzneimitteln,

3. Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsvertretung der Apotheker können in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere regeln.

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

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

2. dem Rahmenvertrag beitreten.

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

(5) Die Regionalverbände der Krankenkassen und die Berufsvertretung der Apotheker auf der Ebene der Region können ergänzende Verträge schließen. Absatz 3 gilt entsprechend.

(6) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit nach Anhörung der Vertragsparteien das Nähere über die Verpflichtungen nach Absatz 1 für eine wirtschaftliche und preisgünstige Abgabe verordneter Arzneimittel durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates regeln, wenn der Rahmenvertrag nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande kommt."

64. Artikel 1 § 142 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird gestrichen.

65. Artikel 1 § 144 erhält folgende Fassung:

„ § 144

Qualitätssicherung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der Spitzenverbände der Krankenkassen in Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,

2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und

3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

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

(3) Der Bundesausschuß Krankenkassen und Ärzte sowie der Bundesausschuß Krankenkassen und Zahnärzte bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung.

(4) Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Zahnärzte bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinnungsverband des Zahntechniker-Handwerks in den Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Maßstäbe und Grundsätze für die Auswahl ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Dentallegierungen durch den Kassenzahnarzt. Soweit erforderlich, kann er auch entsprechende Qualitätsanforderungen für die Dentallegierungen festlegen."

66. In Artikel 1 wird nach § 144 folgender § 144a eingefügt:

## „ § 144 a

## Qualitätssicherung bei zahntechnischen Leistungen

(1) Zur Gewährleistung der Qualität der zahntechnischen Leistungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Bundesinventionsverband des Zahntechniker-Handwerks gemeinsam Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.

(2) Kommen die Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht zustande, so kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Richtlinien die Maßnahmen zur Qualitätssicherung festlegen.

(3) Im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei der Qualitätssicherung nach Absatz 1 und nach § 144 Abs. 3 haben die Krankenkassen das Recht, zur Begutachtung einzelner Leistungsfälle und zur Beratung der Versicherten Zahnärzte anzustellen.“

67. In Artikel 1 erhalten §§ 145 und 146 folgende Fassung:

## „ § 145

## Qualitätsprüfung im Einzelfall

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Qualität der in der kassenärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben prüfen, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Einvernehmen mit den Regionalverbänden der Krankenkassen festgelegt wird. Die Bundesausschüsse der Krankenkassen und Ärzte entwickeln in Richtlinien nach § 100 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der kassenärztlichen Versorgung.

(2) Absatz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen, sowie der Polikliniken und der Einrichtungen nach § 126.

## § 146

## Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

(1) Die nach § 116 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 119 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 118 und für Vorsorge-

oder Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 119 geregelt. In den Verträgen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind. Für das Prüfungsverfahren bei Krankenhäusern gilt § 118 d.

(2) Absatz 1 gilt für Übergangseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 120 besteht, sinngemäß.“

68. Artikel 1 § 149 erhält folgende Fassung:

## „ § 149

## Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

(1) Regionalverbände der Krankenkassen dürfen nach Maßgabe des Gesundheitsbedarfsplanes Eigeneinrichtungen errichten, wenn die ambulante Versorgung der Versicherten auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Die Versorgung kann dann nicht sichergestellt werden, wenn die Zahl der Verträge nach § 103 Abs. 2 und 4, nach § 119 und nach § 120 nicht der notwendigen und im Gesundheitsbedarfsplan ausgewiesenen Zahl der Verträge entspricht oder zur Entsprechung gebracht werden kann.

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

69. Artikel 1 Fünftes Kapitel erhält folgende Fassung:

## „Fünftes Kapitel

## Orientierungsrahmen, Konzertierte Aktion

## § 150

## Orientierungsrahmen

(1) Zur zielgerichteten und wirksamen Wahrnehmung der Aufgaben in Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung, Krankheitsbehandlung und Rehabilitation der Versicherten erarbeitet die Bundesregierung einen Orientierungsrahmen. Sie hat dabei die Vorschläge und Gutachten, die nach §§ 7 und 8 des Gesetzes zur Errichtung eines Sachverständigenrates zur Begutachtung der Lage des Gesundheitswesens vorgelegt wurden, heranzuziehen und zu würdigen.

(2) Der Orientierungsrahmen richtet sich an die an der Gesundheitsversorgung der Versicherten beteiligten Gruppen, insbesondere an die regionalen Gesundheitskonferenzen; er beschreibt den Zielkorridor, innerhalb dessen sie ihre Aufgaben im angegebenen Jahr wahrnehmen sollen.

## § 150 a

## Inhalt des Orientierungsrahmens

(1) Der Orientierungsrahmen hat die Aufgabe, die Bedingungen einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten für das angegebene Jahr zu erläutern und Empfehlungen auszusprechen. Er hat

1. in Form eines Zielkataloges die Aufgaben, die im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten zu erfüllen sind, anzuführen und dabei Prioritäten festzulegen (prioritäre Gesundheitsziele),
2. gesundheitliche Orientierungsdaten für eine quantitativ und qualitativ optimale Versorgung der Versicherten aufzuzeigen, auf Über- oder Unterversorgung hinzuweisen und Wege zu ihrer Überwindung zu erläutern,
3. die unter Berücksichtigung der Empfehlungen zu Nummern 1 und 2 erwartete finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung in Form eines Krankenversicherungsbudgets darzulegen; dabei sollen auch Aussagen über die finanzielle Entwicklung in den einzelnen Versorgungssektoren enthalten sein,
4. die zu erwartende Beitragssatzentwicklung im Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungsabgaben und zur steuerlichen Belastung der Versicherten zu bewerten,
5. Maßnahmevorschläge zu entwickeln, wenn die tatsächliche Entwicklung von der erwarteten abweicht.

(2) Der Orientierungsrahmen ist dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat bis 30. September eines jeden Jahres zur Stellungnahme zuzuleiten. Die Bundesregierung kann einen Orientierungsrahmen in den darauffolgenden Jahren fortschreiben, wenn sich seine Ausgangsbedingungen nicht wesentlich verändert haben.

## § 151

## Konzertierte Aktion

(1) Zur Vorbereitung des Orientierungsrahmens soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eine Konzertierte Aktion aller am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen berufen.

(2) Die Konzertierte Aktion soll einmal im Jahr tagen. Sie berät die Bundesregierung in allen Fragen, die bei der Erarbeitung der Empfehlungen nach § 150 a Abs. 1 Nr. 1 bis 5 von Belang sind."

70. Artikel 1 Sechstes Kapitel Erster Abschnitt Erster Titel erhält folgende Fassung:

## „Erster Titel

## Gebietskrankenkassen

## § 152

## Gebietskrankenkassen (Ortskrankenkassen)

(1) Gebietskrankenkassen bestehen für örtliche Bezirke, in der Regel für Versorgungsregionen.

(2) Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung die Bezirke der Gebietskrankenkassen den Grenzen der Versorgungsregionen anpassen.

## § 153

## Freiwillige Vereinigung

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

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

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

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

## § 154

## Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

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

1. der Bedarfssatz der antragstellenden Krankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Gebietskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert überschritten hat,

2. ein Finanzausgleich nach § 275 bei der antragstellenden Krankenkasse zu einem Beitragssatz führen würde, der den durchschnittlichen Beitragssatz aller Gebietskrankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzsbuchs um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt und
3. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(2) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 278 ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 279 Satz 4 Nr. 1 und 2 genannten Beträge im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen und die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 279 Satz 1.

#### § 155

##### Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Werden Gebietskrankenkassen nach § 154 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

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

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

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

#### § 155 a

##### Vereinigung durch Rechtsverordnung

(1) Können die Leistungsfähigkeit und der Bestand einer Gebietskrankenkasse nicht dauerhaft gesichert werden, so kann die Landesregierung durch Rechtsverordnung die Gebietskrankenkasse mit einer benachbarten Gebietskrankenkasse vereinigen.

(2) Für die Beurteilung der Sicherung der Leistungsfähigkeit und des dauerhaften Bestandes sind

1. die gegenwärtige Mitgliederzahl, die zehntausend nicht unterschreiten soll,
2. die Entwicklung der Mitgliederzahl in den vorangegangenen fünf Jahren sowie die zu erwartende zukünftige Entwicklung der Mitgliederzahl und
3. die zum Antrag auf eine Vereinigung nach § 154 berechtigenden Tatbestände

heranzuziehen.

(3) Für die Vereinigung gilt § 155.

#### § 155 b

##### Verfahren bei länderübergreifender Vereinigung

(1) Benachbarte Gebietskrankenkassen können nach § 155 a auch dann vereinigt werden, wenn ihre Bezirke in unterschiedlichen Ländern liegen. Für die Vereinigung gelten §§ 155 und 155 a Abs. 1 und 2 mit der Maßgabe, daß die beteiligten Landesregierungen in Übereinstimmung entscheiden. Die zur Vereinigung erforderliche Rechtsverordnung ist in jedem beteiligten Land zu erlassen.

(2) Die neue Krankenkasse hat ihren Sitz in dem Land, in dem die größte Zahl der Mitglieder wohnt. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Aufsichtsbehörde dieses Landes.

#### § 155 c

##### Schließung

(1) Anstelle einer Vereinigung nach § 155 a kann die Landesregierung die Gebietskrankenkasse durch Rechtsverordnung schließen. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

(2) Die zu schließende Krankenkasse teilt ihren Mitgliedern den Zeitpunkt mit, an dem die Schließung wirksam wird. Zwischen der Mitteilung nach Satz 1 und dem Wirksamwerden der

Schließung müssen mindestens zwei Monate liegen.

(3) Die Mitglieder der zu schließenden Gebietskrankenkasse werden mit dem Wirksamwerden der Schließung Mitglied in einer anderen Krankenkasse der Versorgungsregion, die sie selbst wählen. Hat das Mitglied von seinem Wahlrecht keinen Gebrauch gemacht, entscheidet die Aufsichtsbehörde an seiner Stelle.

#### § 155 d

##### Abwicklung der Geschäfte Haftung für Verpflichtung

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

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

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, ist es auf die Krankenkassen zu verteilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder.

(4) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Gebietskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Gebietskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Reicht sein Vermögen nicht aus, erfüllt der Bundesverband der Gebietskrankenkassen die Verpflichtungen.

#### § 155 e

##### Dienstordnungsangestellte

(1) Die Versorgungsansprüche der am Tage der Schließung einer Gebietskrankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

(2) Die dienstordnungsmäßig Angestellten sind verpflichtet, eine vom Landesverband der Gebietskrankenkassen nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen Gebietskrankenkasse anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Mißverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder

Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. Den übrigen Beschäftigten ist bei dem Landesverband der Gebietskrankenkassen oder einer anderen Gebietskrankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung zuzumuten ist.

(3) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 2 untergebracht werden, enden mit dem Tage der Schließung. Vertragsmäßige Rechte zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

(4) Für die Haftung aus den Verpflichtungen nach den Absätzen 1 bis 3 gilt § 155 d entsprechend."

71. Artikel 1 Sechstes Kapitel Erster Abschnitt Zweiter Titel erhält folgende Fassung:

#### „Zweiter Titel

##### Betriebskrankenkassen

#### § 156

##### Voraussetzungen der Errichtung

Der Arbeitgeber kann mit Zustimmung des Betriebsrates für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn in diesen Betrieben regelmäßig mindestens zweitausend Versicherungspflichtige beschäftigt werden und ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

#### § 157

##### Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn zu erwarten ist, daß die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht zweitausend Mitglieder haben wird.

(2) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Satzung bedarf der Zustimmung des Betriebsrates. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.

#### § 158

##### Ausdehnung auf weitere Betriebe

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers mit Zustimmung des Betriebsrates auf weitere Betriebe desselben Arbeitge-

bers ausgedehnt werden. § 157 gilt entsprechend.

#### § 159

##### Freiwillige Vereinigung

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

(2) § 153 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

#### § 160

##### Ausscheiden von Betrieben

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

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

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

#### § 161

##### Auflösung

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

#### § 162

##### Schließung

Eine Betriebskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

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

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird. § 155 c Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

#### § 163

##### Auseinandersetzung

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

#### § 164

##### Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

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

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

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, ist es auf die Krankenkassen zu verteilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder. Die Sätze 1 und 2 gelten auch im Fall des Ausscheidens nach § 160.

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

Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen.

#### § 164 a

##### Beschäftigte der Betriebskrankenkasse

(1) Der Landesverband der Betriebskrankenkassen hat den Beschäftigten einer Betriebskrankenkasse, die aufgelöst oder geschlossen wird, bei sich oder bei einer anderen Betriebskrankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und Dienststellung zuzumuten ist. Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Satz 1 untergebracht werden, enden mit dem Tage der Schließung oder Auflösung. § 155 e Abs. 3 Satz 2 gilt.

(2) Für die Haftung aus den Verpflichtungen nach Absatz 1 gilt § 164 Abs. 4 entsprechend.

#### § 165

##### Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die §§ 156 bis 164 Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.“

72. In Artikel 1 Sechstes Kapitel Erster Abschnitt Dritter Titel werden die §§ 166 bis 173 durch folgende §§ 166 bis 172 ersetzt:

#### „Dritter Titel

##### Innungskrankenkassen

#### § 166

##### Errichtung

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

(2) Eine Innungskrankenkasse darf nur errichtet werden, wenn

1. in den Handwerksbetrieben der Mitglieder der Handwerksinnung regelmäßig mindestens zweitausend Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

#### § 167

##### Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Innungskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 166 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder wenn damit zu rechnen ist, daß die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht zweitausend Mitglieder haben wird.

(2) Für das Verfahren gilt § 157 Abs. 2 entsprechend. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Handwerksinnung an die Stelle des Betriebsrates der Gesellenausschuß.

#### § 168

##### Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen

Wird eine Handwerksinnung, die allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen eine Innungskrankenkasse errichtet hat (Trägerinnung), mit einer anderen Handwerksinnung vereinigt, für die keine Innungskrankenkasse besteht, so wird die vereinigte Handwerksinnung Trägerinnung der Innungskrankenkasse, wenn die Innungsversammlung der vereinigten Handwerksinnung zustimmt. Verweigert sie die Zustimmung, wird die Innungskrankenkasse aufgelöst. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Trägerinnung ihren Zuständigkeitsbereich örtlich oder sachlich erweitert. § 167 gilt entsprechend.

#### § 169

##### Vereinigung von Innungskrankenkassen

(1) Innungskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen miteinander vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde. Für das Verfahren gilt § 153 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Trägerinnungen vereinigen. Für das Verfahren gilt § 155 entsprechend.

(3) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Innungskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Innungskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Innungskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen. Die §§ 154 und 155 gelten entsprechend.

(4) Können die Leistungsfähigkeit und der Bestand einer Innungskrankenkasse nicht dauerhaft gesichert werden, so kann die Landesregie-

Angestellter und bei Ansprüchen der übrigen Beschäftigten gilt Absatz 1.“

73. In Artikel 1 Sechstes Kapitel Erster Abschnitt wird nach dem Dritten Titel folgender Titel Drei a eingefügt:

#### § 170

##### Auflösung

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

#### „Titel Drei a

##### Ersatzkrankenkassen

#### § 173 a

##### Tätigkeitsbereich

Ersatzkrankenkassen sind Krankenkassen, die im gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes unabhängig von ihrem Sitz tätig sind. Eine regionale Begrenzung ihres Tätigkeitsbereiches ist unzulässig.

#### § 171

##### Schließung

(1) Eine Innungskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn die Handwerksinnung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Handwerksinnungen aufgelöst werden. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

#### § 173 b

##### Bestand, Neugründung, Namen

(1) Die zum 1. Januar 1989 bestehenden Ersatzkassen werden Ersatzkrankenkassen. Eine Neugründung von Ersatzkrankenkassen ist nicht zulässig.

(2) Anstelle einer Vereinigung nach § 169 Abs. 4 kann die Landesregierung die Innungskrankenkasse durch Rechtsverordnung schließen. § 155 c gilt entsprechend.

(2) § 4 a Abs. 4 Satz 2 ist im Namen der Ersatzkrankenkasse Rechnung zu tragen. Die Unterscheidung zwischen Ersatzkrankenkassen für Arbeiter und für Angestellte ist unzulässig.

#### § 172

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

(1) Bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen gelten die §§ 163 und 164 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat die Handwerksinnung die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Handwerksinnungen beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Besteht kein Landesverband mehr, hat der Bundesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen.

#### § 173 c

##### Vereinigung von Ersatzkrankenkassen

(1) Ersatzkrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. § 153 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Die Bundesregierung kann auf Antrag einer Ersatzkrankenkasse durch Rechtsverordnung einzelne Ersatzkrankenkassen vereinigen, wenn die Bedingungen des § 154 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 entsprechend vorliegen; an die Stelle des landesdurchschnittlichen Bedarfssatzes tritt dabei der bundesdurchschnittliche Bedarfssatz. § 155 gilt sinngemäß. Die betroffenen Ersatzkrankenkassen sind vor der Vereinigung zu hören.

(2) Bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen gilt § 155 e Abs. 1 bis 3 sinngemäß. Für die Haftung bei Versorgungsansprüchen, bei Ansprüchen dienstordnungsmäßig

(3) Können die Leistungsfähigkeit und der Bestand einer Ersatzkrankenkasse nicht dauerhaft gesichert werden, so kann die Bundesregierung durch Rechtsverordnung eine Ersatzkrankenkasse mit einer anderen Ersatzkrankenkasse vereinigen. §§ 155 und 155 a Abs. 2 gelten.

## § 173 d

## Auflösung

Eine Ersatzkrankenkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder aufgelöst werden. Über den Antrag entscheidet der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Er bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

## § 173 e

## Schließung

Anstelle einer Vereinigung nach § 173 c Abs. 3 kann die Bundesregierung die Ersatzkrankenkasse durch Rechtsverordnung schließen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird. § 155 c Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

## § 173 f

## Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

(1) Bei Auflösung und Schließung gelten die §§ 163 und 164 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Ersatzkrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Bundesverband die Verpflichtungen zu erfüllen.

(2) § 164 a Abs. 1 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen der Bundesverband der Ersatzkrankenkassen und an die Stelle der Betriebskrankenkassen die Ersatzkrankenkassen treten. Die Haftung aus Verpflichtungen nach Satz 1 trägt der Bundesverband."

74. In Artikel 1 Sechstes Kapitel Erster Abschnitt wird der Siebte Titel (§§ 177 bis 180) gestrichen.

75. In Artikel 1 werden §§ 182 bis 184 und 187 bis 191 gestrichen.

76. Artikel 1 §§ 192 und 193 erhalten folgende Fassung:

## „§ 192

## Wahlrecht

Die nach § 5 und § 9 Versicherten entscheiden durch Wahl, welcher Krankenkasse sie angehören wollen. Die vom Versicherten gewählte Krankenkasse hat den Bewerber aufzunehmen. Versicherte haben die Wahl zwischen allen Krankenkassen, die in der Region, in der sie

wohnen, ihren Sitz haben und den bundesweit tätigen Krankenkassen.

## § 193

## Wechsel der Krankenkasse

(1) Versicherte können die Krankenkasse wechseln. Für die aufnehmende Krankenkasse gilt § 192 Abs. 1 Satz 2.

(2) Versicherte, die die Krankenkasse wechseln, haben ihre Mitgliedschaft bei der Krankenkasse, die sie verlassen, zu kündigen. Die Kündigung muß der Krankenkasse vier Wochen vor dem Schluß eines Quartals zugegangen sein; sie ist frühestens möglich am Ende des achten Quartals, das dem Beitritt zu der Krankenkasse folgt, die der Versicherte verlassen will. Der Versicherte hat die aufnehmende Krankenkasse mitzuteilen.

(3) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Tage, an dem der Versicherte die Krankenkasse verläßt."

77. Artikel 1 § 194 wird gestrichen.

78. Artikel 1 § 195 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, die die Krankenkasse nach § 193 gewechselt haben, beginnt mit dem Tage, der auf das Wirksamwerden der Kündigung gegenüber der Krankenkasse folgt, die sie verlassen haben.“

79. Artikel 1 § 196 erhält folgende Fassung:

## „§ 196

## Mitgliedschaft unständig Beschäftigter

(1) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die gewählte Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, anderenfalls mit dem Tag der Feststellung. Die Mitgliedschaft besteht auch an Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für eine Woche, nicht beschäftigt wird.

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

80. Artikel 1 § 197 erhält folgende Fassung:

## „§ 197

## Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 sowie Nr. 4 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 2 und 3 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10.

(3) Für den Beginn der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter, die die Krankenkasse nach § 193 gewechselt haben, gilt § 195 Abs. 2 sinngemäß.

(4) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.“

81. In Artikel 1 § 198 werden in Absatz 1 die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und 14“.

82. Artikel 1 § 199 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, die die Krankenkasse nach § 193 wechseln, endet mit dem Tage, an dem die Kündigung wirksam wird.“

b) Absatz 12 wird gestrichen.

83. Artikel 1 § 200 erhält folgende Fassung:

## „§ 200

## Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tode des Mitglieds,
2. mit dem Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. beim Wechsel der Krankenkasse zum Zeitpunkt des § 199 Abs. 3,
4. mit dem Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden,
5. mit dem Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt.“

84. In Artikel 1 wird nach § 200 folgender § 200 a eingefügt:

## „§ 200 a

## Unwiderruflichkeit des Austritts

Tritt ein Versicherter aus seiner Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse aus, obwohl er sie hätte fortsetzen können, so bleibt ein erneuter freiwilliger Beitritt zu einer Krankenkasse ausgeschlossen.“

85. In Artikel 1 wird nach § 202 folgender § 202 a angefügt:

## „§ 202 a

## Ruhe der Mitgliedschaft bei Häftlingen

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

86. Artikel 1 § 203 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 2 werden die Worte „und Kreis der Mitglieder“ gestrichen.

b) Absatz 1 Nr. 3 wird gestrichen.

c) In Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

87. Artikel 1 § 206 erhält folgende Fassung:

## „§ 206

## Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Krankenkasse trifft alle Entscheidungen von wesentlicher Bedeutung; sie hat dabei insbesondere die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen sowie den Haushaltsplan festzustellen. Sie kontrolliert den Vorstand.“

88. In Artikel 1 wird nach § 206 folgender § 206 a eingefügt:

## „§ 206 a

## Vorstand, Geschäftsführung

(1) Der Vorstand der Krankenkasse führt hauptamtlich die laufenden Geschäfte und vertritt die Krankenkasse gerichtlich und außergerichtlich. Er umfaßt bei Krankenkassen mit

1. bis zu zehntausend Versicherten ein Mitglied,

2. bis zu einhunderttausend Versicherten drei Mitglieder,
3. bis zu zweihundertfünfzigtausend Versicherten vier Mitglieder,
4. darüber hinaus fünf Mitglieder.

(2) Die Mitglieder des Vorstandes sind nur gemeinschaftlich zur Geschäftsführung befugt. Sie bestimmen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden, wenn die Vertreterversammlung darauf verzichtet. Die Mitglieder des Vorstandes sind unverzüglich der Aufsichtsbehörde anzuzeigen.

(3) Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand mit Mehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) § 31 Abs. 1 Satz 2 und § 36 SGB IV finden keine Anwendung."

89. In Artikel 1 werden in § 207 die Worte „an die zuständige Krankenkasse“ ersetzt durch die Worte „an die vom Versicherten gewählte Krankenkasse“.

90. In Artikel 1 werden in § 208 die Worte „der nach § 188 Abs. 1 zuständigen Krankenkasse“ ersetzt durch die Worte „der von ihnen gewählten Krankenkasse“.

91. In Artikel 1 werden in § 209 Abs. 2 Satz 1 die Worte „zuständige Krankenkasse“ ersetzt durch die Worte „vom Versicherten gewählte Krankenkasse“.

92. Artikel 1 § 210 erhält folgende Fassung:

„§ 210

Meldepflicht bei Rentenantragstellung  
und Rentenbezug

(1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag die von ihm gewählte Krankenkasse mitzuteilen. Der Rentenversicherungsträger hat unverzüglich die Krankenkasse zu informieren.

(2) Der Rentenversicherungsträger hat der vom Versicherten gewählten Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrages,
3. bei Ablehnung des Rentenantrages den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,

4. Ende, Entzug, Wegfall und Ruhen der Rente sowie

5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

(3) Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 2 Nr. 4 genannten Gründen endet."

93. In Artikel 1 werden in § 211 die Worte „zuständige Krankenkasse“ ersetzt durch die Worte „vom Versicherten gewählte Krankenkasse“.

94. In Artikel 1 werden in § 212 und in § 213 Abs. 1 Satz 1 die Worte „zuständigen Krankenkasse“ ersetzt durch die Worte „vom Versicherten gewählten Krankenkasse“.

95. In Artikel 1 wird nach § 215 folgender § 215 a eingefügt:

„§ 215 a

Auskunftspflicht der Krankenkassen

Wechselt ein Versicherter nach § 193 die Krankenkasse, so hat die Krankenkasse, die der Versicherte verläßt, der aufnehmenden Krankenkasse alle notwendigen Auskünfte zu erteilen."

96. Artikel 1 § 216 erhält folgende Fassung:

„§ 216

Regionalverband

In jeder Region bilden die dort ansässigen Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen den Regionalverband der Krankenkassen. Der Regionalverband ist Körperschaft des öffentlichen Rechts."

97. In Artikel 1 wird nach § 216 folgender § 216 a eingefügt:

„§ 216 a

Regionalausschüsse

(1) Ersatzkrankenkassen sowie Betriebskrankenkassen, die in mehreren Regionen oder bundesweit tätig sind, bilden für den Bereich jeder Region, in der sie tätig sind, Regionalausschüsse. Die Regionalausschüsse sind Mitglieder der entsprechenden Regionalverbände nach § 216.

(2) Bei den Regionalausschüssen werden regionale Vertreterversammlungen eingerichtet, die alle Entscheidungen treffen, die für die Kran-

kenkasse in der Region von wesentlicher Bedeutung sind. Sie kontrollieren die Regionalgeschäftsführer. Die Mitglieder der regionalen Vertreterversammlung werden von der Vertreterversammlung der Krankenkasse gewählt.

(3) Die regionalen Vertreterversammlungen wählen die Regionalgeschäftsführer. Sie führen die laufenden Geschäfte der Regionalausschüsse."

98. Artikel 1 § 217 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird das Wort „Landesverbände“ durch das Wort „Regionalverbände“ ersetzt.

99. Artikel 1 § 218 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Bei den Regionalverbänden der Krankenkassen werden als Selbstverwaltungsorgane je eine Vertreterversammlung und ein Vorstand gebildet. In den Vertreterversammlungen der Landesverbände müssen alle Mitgliedschaften und Regionalausschüsse vertreten sein. Für Zusammensetzung, Wahl und Verfahren der Selbstverwaltungsorgane gelten die Bestimmungen des Vierten Buches sinngemäß.“

b) Absatz 3 wird um folgenden Satz ergänzt:  
„Die von den Regionalausschüssen in die Vertreterversammlung des Regionalverbandes zu entsendenden Mitglieder wählen die regionalen Mitgliederversammlungen nach § 216 a Abs. 2.“

c) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Für die Vertreterversammlungen und die Vorstände gelten §§ 206 und 206 a entsprechend.“

100. Artikel 1 § 219 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Landesverband“ durch das Wort „Regionalverband“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 wird das Wort „Bezirk“ durch das Wort „Region“ ersetzt.

c) In Absatz 2 wird das Wort „Landesverband“ durch das Wort „Regionalverband“ ersetzt.

101. In Artikel 1 werden in § 220 in den Absätzen 1 bis 3 die Worte „Landesverbände“ durch die Worte „Regionalverbände“ ersetzt.

102. In Artikel 1 wird nach § 220 folgender § 220 a eingefügt:

„§ 220 a

Landwirtschaftliche Krankenkassen,  
Bundesknappschaft, See-Krankenkasse

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse wirken in den Regionalverbänden der Regionen mit, in denen sie tätig sind. § 216 a und § 218 Abs. 3 Satz 2 gelten entsprechend.“

103. Artikel 1 § 221 erhält folgende Fassung:

„§ 221

Bundesverbände

(1) Die Gebiets-, Betriebs- und Innungskrankenkassen der Regionen bilden jeweils einen Bundesverband. Dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen gehören außerdem die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes sowie diejenigen Betriebskrankenkassen an, die in mehreren Regionen tätig sind.

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

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung nimmt die Bundesknappschaft die Aufgaben eines Bundesverbandes wahr.

(4) Die Ersatzkrankenkassen schließen sich zum Bundesverband der Ersatzkrankenkassen zusammen.

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

104. Artikel 1 § 222 erhält folgende Fassung:

„§ 222

Spitzenverbände

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

(2) Die Spitzenverbände handeln gemeinsam und haben sich über die von ihnen nach diesem Gesetz zu treffenden Entscheidungen zu einigen.

Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlußfassung durch drei Vertreter der Gebietskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse, zwei Vertreter der Ersatzkrankenkassen und je einen Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft. Beschlüsse bedürfen der

Mehrheit der in Satz 2 genannten Vertreter der Spitzenverbände. Das Verfahren zur Beschlußfassung regeln die Spitzenverbände in einer Geschäftsordnung.

(3) Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, entscheidet der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit."

105. Artikel 1 § 223 Abs. 2 und 3 werden gestrichen.

106. Artikel 1 § 224 erhält folgende Fassung:

„§ 224

Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände

(1) Für die Vertreterversammlungen und die Vorstände der Bundesverbände gilt § 218 Abs. 1 und Abs. 2 bis 4 entsprechend.

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

107. Artikel 1 §§ 227 und 228 werden gestrichen.

108. Artikel 1 §§ 230 und 231 werden gestrichen.

109. Artikel 1 § 232 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Die Worte „Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze)“ werden ersetzt durch die Worte „Beitragsbemessungsgrenze nach § 1385 der Reichsversicherungsordnung zu berücksichtigen“.

110. Artikel 1 § 234 wird wie folgt geändert:

In Nummern 1, 2 und 3 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 13 oder 14“.

111. In Artikel 1 § 241 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1)“ ersetzt durch die Worte „Beitragsbemessungsgrenze (§ 1385 RVO)“.

112. Artikel 1 § 256 erhält folgende Fassung:

„§ 256

Beitragsatz aus der Rente

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Beitragsatz von 11,8 vom Hundert."

113. Artikel 1 § 258 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 3“.

114. Artikel 1 § 260 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der Klammerzusatz „(§ 5 Abs. 1 Nr. 6)“ ersetzt durch den Klammerzusatz „(§ 5 Abs. 1 Nr. 8)“.

b) In § 260 Abs. 2 werden

aa) in Satz 1 Nr. 1 die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 5 oder 6“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8“,

bb) in Satz 1 Nr. 2 die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10“,

cc) in Satz 2 die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 7“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 9“.

115. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Freiwillig nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 Versicherte erhalten von ihrem Dienstherrn einen Beitragszuschuß. Er bemißt sich nach der Hälfte des Beitrages der Krankenkasse, bei der der Betreffende Mitglied ist.“

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) In Absatz 3 wird der letzte Satz durch folgenden Satz ersetzt:

„Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.“

116. Artikel 1 § 267 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Worte „§ 8 Abs. 1 Nr. 4“ durch die Worte „§ 8 Abs. 1 Nr. 2“ ersetzt.

117. Artikel 1 § 274 wird gestrichen.

118. Artikel 1 § 275 erhält folgende Fassung:

„§ 275

Finanzausgleich auf Bundesebene

(1) Die einzelnen Bundesverbände der Krankenkassen führen einen bundesweiten Finanzausgleich ihrer Mitgliedskassen durch. Er hat das Ziel, unvertretbare Beitragssatzunterschiede durch eine Beseitigung regional unterschiedlicher Risikostrukturen zu verhindern.

(2) Der Finanzausgleich darf sich nur auf solche Risikounterschiede beziehen, deren Entstehen die einzelne Krankenkasse nicht beeinflussen kann. Ein allgemeiner Finanzausgleich der Ausgaben ist unzulässig. Das Finanzausgleichsverfahren wird am Ende eines jeden Jahres unter Berücksichtigung der jeweiligen jahresdurchschnittlichen Risikobelastung durchgeführt.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die näheren Einzelheiten des Finanzausgleichs. Er legt dabei insbesondere die auszugleichenden Risiken fest. Er hat dabei die Orientierungsdaten nach § 150 a Abs. 1 Nr. 2 zu beachten und regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte zu berücksichtigen.

(4) Soweit sich aus der unterschiedlichen Verteilung der Risiken unterschiedliche Verwaltungskostenanteile ergeben, sind sie beim Finanzausgleich zu berücksichtigen.“

119. Artikel 1 § 276 wird gestrichen.

120. Artikel 1 § 299 wird gestrichen.

121. Artikel 1 § 307 wird gestrichen.

122. In Artikel 2 wird vor Nummer 1 folgende Nummer 01 eingefügt:

„01. Nach § 8 wird folgender § 8a eingefügt:

„§ 8a

Pflegebedürftigkeit

Wer so pflegebedürftig ist, daß er nicht ohne erhebliche Betreuung und Pflege durch andere bleiben kann, hat ein Recht auf Minderung der durch die Pflegebedürftigkeit bedingten persönlichen und wirtschaftlichen Belastungen.“

123. Artikel 2 Nr. 1 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

a) In § 21 Abs. 1 wird Nr. 3 gestrichen.

b) In § 21 Abs. 1 Nr. 4 wird nach dem Wort „Mutterschaft“ das Wort „Schwangerenvorsorge“ eingefügt.

c) In § 21 Abs. 1 wird Nr. 5 in der Fassung des Regierungsentwurfes wieder eingefügt.

d) In § 21 Abs. 1 wird folgende Nr. 6 angefügt:

„6. Sterbegeld“.

124. Artikel 2 Nr. 1 Buchstabe b wird gestrichen.

125. In Artikel 2 wird nach Nr. 2 folgende Nr. 2a eingefügt:

„2a. Nach § 29 wird folgender § 29a eingefügt:

„§ 29a

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(1) Nach dem Ersten Bundespflegegesetz können in Anspruch genommen werden:

1. Beratung und Hilfe zur Sicherstellung einer angemessenen Pflege.

2. Zahlung eines Pflegegeldes.

3. Hilfe bei der Finanzierung einer Ersatzpflegekraft.

4. Beiträge zur Alterssicherung von Pflegepersonen.

5. Hilfen zur Verbesserung der Wohnverhältnisse.

(2) Zuständig sind die Kreise und kreisfreien Städte, soweit nicht durch Landesrecht etwas anderes bestimmt ist.“

126. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

Nummer 8 wird wie folgt gefaßt:

„8. In § 36 Abs. 2 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.“

127. Artikel 4 wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 01 wird vorangestellt:

„(01) In § 64 des Zehnten Buches SGB wird

aa) in Absatz 2 Satz 3 nach Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. nach dem Ersten Bundespflegegesetz aus Anlaß der Beantragung, Erbringung oder Erstattung einer nach dem Ersten Bundespflegege-

setzung vorgesehenen Leistung benötigt werden,“;

bb) in Absatz 3 Satz 2 nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „nach dem Ersten Bundespflegegesetz“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 1 a wird eingefügt:

„(1 a) In § 88 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches SGB werden nach dem Wort „Jugendhilfe“ die Wörter „des Ersten Bundespflegegesetzes“ eingefügt.“

128. In Artikel 4 Abs. 2 werden folgende Nr. 3 bis 5 angefügt:

„3. In § 103 Abs. 3 werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „nach dem Ersten Bundespflegegesetz“ eingefügt.

4. In § 105 Abs. 3 werden nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „nach dem Ersten Bundespflegegesetz“ eingefügt.

5. In § 116 Abs. 1, 2 und 3 Satz 1, Abs. 5 und 7 werden die Wörter „oder Träger der Sozialhilfe“ jeweils durch die Wörter „Träger nach dem Ersten Bundespflegegesetz oder Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.“

129. Nach dem Ersten Teil wird folgender Teil Eins a eingefügt:

„TEIL EINS a

Artikel 4 a

Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Erstes Bundespflegegesetz)

Erster Abschnitt

– Allgemeines –

§ 1

Zielsetzung

Ziel des Gesetzes ist es, den Pflegebedürftigen die Führung eines selbstbestimmten Lebens in der Gemeinschaft zu erleichtern. Die Leistungen nach diesem Gesetz sollen dazu beitragen, die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden persönlichen und wirtschaftlichen Belastungen zu verringern.

§ 2

Personenkreis

(1) Pflegebedürftige im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die infolge von Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und

regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauernd und mindestens in erheblichem Umfang der Betreuung und Pflege bedürfen.

(2) Pflegepersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die Betreuung und Pflege für einen Pflegebedürftigen nach Absatz 1 dauernd und nicht erwerbsmäßig übernehmen.

§ 3

Grad der Pflegebedürftigkeit

(1) Erheblich pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung dauernd in erheblichem Umfang der Betreuung und Pflege bedarf.

(2) Außergewöhnlich pflegebedürftig ist, wer die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt und darüber hinaus dauernd bettlägerig ist oder in vergleichbarem Umfang der Betreuung und Pflege bedarf.

(3) Schwerstpflegebedürftig ist, wer die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt und darüber hinaus infolge wesentlicher Einschränkung von Körperfunktionen, geistiger oder seelischer Störung der ständigen intensiven Betreuung und Pflege bedarf.

§ 4

Vorrang häuslicher Pflege

(1) Der Träger nach § 11 soll darauf hinwirken, daß eine bedarfsgerechte Betreuung und Pflege in häuslicher Umgebung durchgeführt werden kann.

(2) Wünschen des Pflegebedürftigen, die sich auf die Gestaltung der Hilfe richten, soll im Rahmen der Möglichkeiten dieses Gesetzes entsprochen werden.

§ 5

Leistungen

Die Leistungen nach diesem Gesetz sind:

1. Pflegegeld bei häuslicher Pflege,
2. Pflegegeld bei stationärer Pflege,
3. Erstattung von Kosten für eine Ersatzpflegekraft,
4. Übernahme von Beiträgen zur Alterssicherung von Pflegepersonen,
5. Beratung und Wohnungshilfen.

## Zweiter Abschnitt

## – Leistungen –

## § 6

## Pflegegeld

(1) Bei häuslicher Pflege erhalten Personen, die mindestens erheblich pflegebedürftig sind, Pflegegeld, soweit § 15 nichts anderes bestimmt.

(2) Bei stationärer Pflege erhalten Personen, die mindestens außergewöhnlich pflegebedürftig sind, Pflegegeld, soweit § 15 nichts anderes bestimmt.

(3) Das Pflegegeld beträgt bei erheblich pflegebedürftigen Personen 220 Deutsche Mark monatlich. Es erhöht sich auf 440 Deutsche Mark bei außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit und auf 550 Deutsche Mark bei Schwerstpflegebedürftigkeit.

(4) Pflegegeld wird auch bei teilstationärer Betreuung in vollem Umfang geleistet.

(5) Das Pflegegeld verändert sich jährlich, erstmals mit Wirkung vom 1. Juli 1991, entsprechend dem Vom-Hundert-Satz, um den sich die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verändern.

## § 7

## Ersatzpflegekraft

(1) Bei vorübergehendem Ausfall der Pflegeperson im häuslichen Bereich durch Erholungsurlaub oder anderweitige Verhinderung sind Kosten für eine Ersatzpflegekraft zu übernehmen. Dies gilt auch für eine vorübergehende stationäre oder teilstationäre Unterbringung eines Pflegebedürftigen zum Zweck der Pflege.

(2) Die Kosten werden bis zur Höhe des Zweifachen des gezahlten Pflegegeldes für höchstens 30 Kalendertage jährlich gegen Nachweis erstattet. Der Bezug des Pflegegeldes nach § 6 bleibt unberührt.

## § 8

## Alterssicherung der Pflegepersonen

(1) Ist die Pflegeperson wegen der Pflege eines außergewöhnlich Pflegebedürftigen oder Schwerstpflegebedürftigen nicht erwerbstätig, werden Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten übernommen. Bei einer bis zu halbschichtigen Erwerbstätigkeit werden die Beiträge zur Hälfte übernommen.

(2) Ist eine Pflegeperson wegen der Pflege eines erheblich Pflegebedürftigen nicht oder bis zu halbschichtig erwerbstätig und ist ihr eine mehr als halbschichtige Erwerbstätigkeit deshalb nicht zumutbar, werden die Beiträge zur Hälfte übernommen.

(3) Die Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten für die Pflegeperson werden auch in den Fällen des § 7 Abs. 1 gezahlt. Dies gilt auch im Falle eines vorübergehenden Krankenhausaufenthaltes eines Pflegebedürftigen.

(4) Der Berechnung der Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten ist als Arbeitsentgelt ein Betrag in Höhe von 75 vom Hundert des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten sowie der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen. Werden die Beiträge zur Hälfte übernommen, ist zur Berechnung der Beiträge die Hälfte des Betrages nach Satz 1 zugrunde zu legen.

(5) Der Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten entfällt, wenn die Pflegeperson erwerbsunfähig ist oder das 65. Lebensjahr vollendet hat oder ein Altersruhegeld aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht.

## § 9

## Beratung und Hilfe

(1) Pflegebedürftige und Pflegepersonen haben Anspruch auf Beratung über die ihnen zu gewährenden Leistungen und über den Erwerb von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege.

(2) Den Pflegebedürftigen soll persönliche Hilfe erbracht werden, durch die ihre Beziehungen zur gewohnten Umgebung so weit wie möglich erhalten bleiben und ihnen eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erleichtert wird.

## § 10

## Wohnungshilfen

(1) Dem Pflegebedürftigen soll Hilfe bei der Beschaffung oder Erhaltung einer seinen besonderen Bedürfnissen entsprechenden Wohnung geleistet werden.

(2) Sofern die Wohnverhältnisse die Pflege im häuslichen Bereich erheblich erschweren oder unmöglich machen, können Zuschüsse zu den Kosten eines Umzugs oder erforderlichen Umbaumaßnahmen gewährt werden. Die Zuschüsse werden unter Berücksichtigung der Be-

sonderheiten des Einzelfalles in Form von Beihilfen oder Darlehen gewährt.

(3) Hilfen nach Absatz 2 kommen insbesondere in Betracht, wenn dadurch

1. eine Pflege außerhalb von Einrichtungen ermöglicht wird,
2. die Rückführung aus einer Einrichtung ermöglicht wird,
3. den Wünschen des Pflegebedürftigen nach Aufnahme in den Haushalt der Pflegeperson entsprochen werden kann.

Im Fall der Nummer 3 kann die Hilfe mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch an die Pflegeperson geleistet werden.

(4) Der Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau regelt das Nähere über die Durchführung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

### Dritter Abschnitt

#### — Durchführung, Finanzierung —

#### § 11

##### Träger

(1) Träger der Leistungen nach diesem Gesetz sind die Kreise und kreisfreien Städte, sofern nicht durch Landesrecht etwas anderes bestimmt wird.

(2) Die Länder können bestimmen, daß und inwieweit die Kreise ihnen zugehörige Gemeinden und Gemeindeverbände zur Durchführung der Aufgaben heranziehen und ihnen dabei Weisungen erteilen können.

#### § 12

##### Verfahren

(1) Die Leistungen nach diesem Gesetz werden auf Antrag vom Beginn des Antragsmonats an gewährt. Der Träger kann die Vorlage einer amtsärztlichen Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit verlangen.

(2) Der Träger der Leistungen hat in angemessenen Zeitabständen zu überprüfen, ob die gewährten Leistungen den Voraussetzungen nach diesem Gesetz noch entsprechen.

(3) Die Vorschriften des Ersten Kapitels des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches sind anwendbar.

#### § 13

##### Zusammenarbeit

Die Träger der Leistungen nach diesem Gesetz arbeiten mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sowie Gemeinden und Behörden zusammen, um eine bedarfsgerechte Pflege und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Dazu sollen sie auch örtliche Bedarfspläne erstellen.

#### § 14

##### Aufbringung der Mittel

(1) Die Aufwendungen für Geldleistungen nach diesem Gesetz trägt der Bund. Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über Erstattung und Erstattungsverfahren.

(2) Personal- und Sachkosten, die den Trägern der Leistungen bei der Durchführung dieses Gesetzes entstehen, werden nicht erstattet.

### Vierter Abschnitt

#### — Sonstiges —

#### § 15

##### Verhältnis zu anderen Leistungen

(1) Leistungen nach diesem Gesetz werden vorrangig gegenüber entsprechenden Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz erbracht.

(2) Ansprüche auf gleichartige Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern oder aufgrund anderer Rechtsvorschriften sind auf die Leistungen nach diesem Gesetz anzurechnen.

(3) Das Pflegegeld dient dem gleichen Zweck wie das Pflegegeld gemäß §§ 68 und 69 des Bundessozialhilfegesetzes. Eine Anrechnung auf andere Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz ist ausgeschlossen.

#### § 16

##### Übertragung/Pfändung

Der Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetz kann nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden.

## § 17

## Leistungen an Ausländer

Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind und die sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes tatsächlich aufhalten, haben Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetz. Keinen Anspruch hat, wer sich in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben hat, um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen.

## § 18

## Berichtspflicht

(1) Die Bundesregierung hat den gesetzgebenden Körperschaften zum 30. Juni 1992 und zum 30. Juni 1993 je einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorzulegen. Diese Berichte sollen insbesondere umfassen:

1. Entwicklung der Anzahl und der Situation Pflegebedürftiger,
2. Inanspruchnahme der Leistungen nach diesem Gesetz,
3. Entwicklung der Ausgaben der Sozialhilfeträger bei Pflegebedürftigkeit,
4. Vorschläge zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, bei denen auch die Einkommensentwicklung Pflegebedürftiger zu berücksichtigen ist.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die statistische Erfassung der erforderlichen Daten zu erlassen.

## § 19

## Vorläufige Regelung

Für die Zeit vom 1. Juli 1989 bis 31. Dezember 1990 werden die Kosten für die Beschaffung einer Ersatzpflegekraft nach § 7 bis zur Höhe von

- a) 660 Deutsche Mark bei erheblicher Pflegebedürftigkeit,
- b) 1 320 Deutsche Mark bei außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit,
- c) 1 650 Deutsche Mark bei Schwerstpflegebedürftigkeit

erstattet.

## § 20

## Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe von § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Lande Berlin."

130. Artikel 5 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 b wird gestrichen.
- b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3 a eingefügt:

„3 a. § 351 erhält folgende Fassung:

## „§ 351

## Dienstordnungsangestellte

(1) Für die von den Krankenkassen besoldeten Beschäftigten, die am 1. Juli 1989 nach einer Dienstordnung angestellt sind, gilt die Dienstordnung in der zu diesem Zeitpunkt gültigen Fassung weiter. Änderungen bedürfen der Zustimmung der Vertreterversammlung und der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

(2) Eine Anstellung von Beschäftigten nach einer Dienstordnung ist nach dem 30. Juni 1989 unzulässig."

- c) In Nummer 32 (§ 1400 Abs. 2) werden in Satz 3, 2. Halbsatz, die Worte „Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), andernfalls die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung" ersetzt durch die Worte „Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung maßgebend".

131. Artikel 5 a wird gestrichen.

132. In Artikel 6 (AVG) wird

- a) vor Nummer 1 folgende Nummer 01 eingefügt:

„01. § 2 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird folgende Nummer 12 eingefügt:

„12. Pflegepersonen nach Maßgabe des Ersten Bundespflegegesetzes",

- b) nach Nummer 6 folgende Nummer 6 a eingefügt:

„6 a. Nach § 32 Abs. 6 Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

- „Bei Personen, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 versichert sind, sind bei Übernahme des vollen Beitrags für jeden Kalendermonat der Beitragsentrichtung als Bruttoarbeitsentgelt des Versicherten 75 vom Hundert des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten in der Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen, bei Übernahme des halben Beitrages die Hälfte dieses Betrages.“
- c) nach Nummer 7 folgende Nummer 7 a eingefügt:
- 7 a. § 112 wird wie folgt geändert:
- aa) In Absatz 3 wird folgender Buchstabe i eingefügt:
- „i) bei Versicherten nach § 1 Abs. 1 Nr. 12 bei Übernahme des vollen Beitrags 75 vom Hundert des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr, bei Übernahme des halben Beitrages die Hälfte dieses Betrages,“
- bb) In Absatz 4 wird in Buchstabe g der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe h angefügt:
- „h) bei Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 von dem Träger nach § 11 des Ersten Bundespflegegesetzes.“
133. Artikel 6 Nr. 8 (§ 122 Abs. 2 AVG) wird wie folgt geändert:
- Satz 3, 2. Halbsatz, erhält die Fassung „bei der Anwendung seines Absatzes 4 ist, wenn Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung maßgebend“.
134. In Artikel 7 (Zweites KVLG) wird § 3 wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nr. 1 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 3“.
- b) In Absatz 2 Nr. 2 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 13 und 14“.
- c) In Absatz 2 Nr. 3 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 6“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 8“.
- d) In Absatz 2 Nr. 4 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10“.
- e) In Absatz 2 Nr. 5 werden die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10“ ersetzt durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12“.
- f) In Absatz 3 wird Nummer 1 gestrichen.
135. In Artikel 7 (Zweites KVLG) wird § 5 gestrichen.
136. In Artikel 7 (Zweites KVLG) werden in § 13 Abs. 4 die Worte „§ 47 Abs. 2“ gestrichen.
137. In Artikel 7 (Zweites KVLG) wird § 15 gestrichen.
138. Artikel 7 (Zweites KVLG) Dritter Abschnitt wird wie folgt geändert:
- a) § 16 Abs. 2 wird gestrichen.
- b) § 22 wird wie folgt geändert:
- aa) Absatz 2 Satz 1 wird gestrichen.
- bb) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 2“ ersetzt durch die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 1“.
- c) § 26 wird wie folgt geändert:
- aa) In Absatz 1 werden die Worte „§§ 203 bis 206“ ersetzt durch die Worte „§§ 203 bis 206 a“.
- bb) Absatz 2 wird gestrichen.
139. Artikel 7 § 35 Abs. 2 erhält folgende Fassung:
- „(2) Die Aufgaben des Vorstandes des Bundesverbandes nach § 224 des Fünften Buches SGB übernehmen der Geschäftsführer und der Stellvertreter des Geschäftsführers des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen. Für sie sind jeweils einheitliche Dienstbezüge nach den Grundsätzen des § 5 des BBesolGes festzusetzen. Die Festsetzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.“
140. Artikel 7, §§ 38 und 39 werden wie folgt geändert:

- a) In § 38 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „der Ortskrankenkassen des Landesverbandes“ ersetzt durch die Worte „der Gebietskrankenkassen des Regionalverbandes“.
- b) In § 39 Abs. 2 Satz 1 und 2 werden die Worte „Ortskrankenkassen“ jeweils ersetzt durch die Worte „Gebietskrankenkassen“.

## 141. Artikel 10 (KSVG) wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 (§ 5 KSVG) werden in § 5 Nr. 1 die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Worte „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 3“ ersetzt.
- b) In Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b (§ 7 KSVG) werden die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches SGB als Jahresentgeltgrenze“ jeweils ersetzt durch die Worte „§ 1385 RVO als Beitragsbemessungsgrenze“.
- c) In Nummer 5 (§ 12 KSVG) werden in Satz 1 die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches SGB geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt durch die Worte „§ 1385 RVO geltenden Beitragsbemessungsgrenze“.
- d) In Nummer 6 (§ 13 Abs. 2 Satz 1 KSVG) wird hinter dem Wort „Innungskrankenkassen“ ein Komma sowie das Wort „Ersatzkrankenkassen“ angefügt.

## 142. Artikel 17 (Zulassungsordnung für Kassenärzte) wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 4 (§ 3 ZO) erhält folgende Fassung:
- „4. § 3 Abs. 2 Buchstabe b und Abs. 3 werden gestrichen.“
- b) Die Nummer 6 Buchstabe b erhält folgende Ergänzung:
- „sowie die Worte ‚Landesverbände der Krankenkassen‘ durch die Worte ‚Regionalverbände der Krankenkassen‘ ersetzt.“
- c) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6 b (§ 11 ZO) eingefügt:
- „6b. In § 11 Abs. 1 wird das Wort ‚Landesverbänden‘ durch das Wort ‚Regionalverbänden‘ ersetzt.“
- d) Nummer 7 erhält folgende Fassung:
- „7. Abschnitt III der Zulassungsordnung (Bedarfsplanung) wird gestrichen.“
- e) Nummern 8 bis 11 werden durch folgende neue Nummern 8 und 9 ersetzt:

„8. Die Abschnitte IV (Unterversorgung) und IV a (Übersorgung) werden gestrichen.“

9. Der Abschnitt VI (Zulassung und Kassenarztsitz) wird gestrichen.“

f) Nummern 13 und 14 werden gestrichen.

g) In Nummer 15 erhält der Klammerzusatz die Fassung „(§ 103 Abs. 5 des Fünften Buches SGB)“.

h) Nummer 17 erhält folgende Fassung:

„17. Abschnitt VIIIa (Ermächtigung) wird gestrichen.“

i) Nummer 18 wird gestrichen.

j) Nummer 19 erhält die Fassung:

„19. Die Abschnitte X (Zulassungs- und Berufungsausschüsse) und XI (Verfahren vor Zulassungs- und Berufungsausschüssen) werden gestrichen.“

k) Nummer 20 erhält die Fassung:

„20. §§ 51 und 54 werden gestrichen.“

## 143. Artikel 18 (Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte) wird wie folgt geändert:

a) Nummer 6 erhält die Fassung:

„6. Abschnitt III (Bedarfsplanung) wird gestrichen.“

b) Nummer 7 wird gestrichen.

c) Nummer 8 erhält die Fassung:

„8. Abschnitt IV (Unterversorgung) wird gestrichen.“

d) Nummer 9 wird gestrichen.

e) Nummer 10 erhält die Fassung:

„10. Abschnitt IV a (Übersorgung) wird gestrichen.“

f) Nummer 12 erhält die Fassung:

„12. Abschnitt VI (Zulassung und Kassenzahnarztsitz) wird gestrichen.“

g) Nummer 13 wird gestrichen.

h) In Nummer 14 erhält der Klammerzusatz die Fassung „(§ 103 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“.

- i) Nummer 16 erhält die Fassung:  
„16. Abschnitt VIIIa (Ermächtigung) wird gestrichen.“
- j) Nummer 18 erhält die Fassung:  
„18. Abschnitte X (Zulassungs- und Berufungsausschüsse) und XI (Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen) werden gestrichen.“
- k) Nach Nummer 18 wird folgende Nummer 18a eingefügt:  
„18a. § 51 wird gestrichen.“
144. Artikel 31 (AFG) wird wie folgt geändert:  
Folgende Nummer 13a wird eingefügt:  
„13a. In § 138 Abs. 3 wird nach Nr. 9 folgende Nr. 10 angefügt:  
„10. Das Pflegegeld nach dem Ersten Bundespflegegesetz.““
145. Artikel 31 (AFG) wird wie folgt geändert:  
Nummer 17 (§ 159 AFG) erhält folgende Fassung:  
„17. § 159 erhält folgende Fassung:  
„§ 159  
Zuständigkeit  
  
(1) Versicherte sind Mitglieder der Krankenkasse, der sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder des Beginns der Umschulungsmaßnahme angehören. Im übrigen sind sie Mitglieder der Krankenkasse, die sie gewählt haben. Nimmt ein Versicherter sein Wahlrecht nicht wahr, entscheidet die Aufsichtsbehörde, in welcher Krankenkasse er Mitglied ist.  
  
(2) Versicherte nach Absatz 1 können die Krankenkasse nach den Bestimmungen des Sechsten Kapitels Zweiter Abschnitt Zweiter Titel des Fünften Buches SGB wechseln.““
146. Artikel 33 wird wie folgt geändert:
- In Nummer 2 (§ 19) wird Absatz 1 gestrichen.
147. In Artikel 35 (Bundesversorgungsgesetz) wird nach Nr. 14 folgende Nr. 14a eingefügt:  
„14a. In § 25d Abs. 1 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:  
„als Einkommen gilt weiterhin nicht das Pflegegeld nach dem Ersten Bundespflegegesetz““.
148. Nach Artikel 51 wird folgender Artikel 51a eingefügt:  
„Artikel 51a  
Wohngeldgesetz  
  
In § 14 Abs. 1 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Juli 1985 (BGBl. I S. 1421, 1661) wird nach Nummer 18 folgende Nummer 18a eingefügt:  
„18a. Pflegegeld nach dem Ersten Bundespflegegesetz;““.
149. Artikel 55 wird gestrichen.
150. Artikel 55a wird gestrichen.
151. Artikel 70 wird wie folgt geändert:  
a) In Absatz 1 werden die Worte „1. Januar 1989“ ersetzt durch die Worte „1. Juli 1989“.  
b) In Absatz 2  
aa) werden die Worte „1. Juli 1989“ ersetzt durch die Worte „1. Januar 1990“,  
bb) vor die Worte „Artikel 5 Nr. 1“ werden die Worte „Artikel 4 a § 8“ eingefügt.  
c) In Absatz 3 werden nach den Worten „des Artikels 1“ ein Komma gesetzt und folgende Worte angefügt: „ , Artikel 4 a, ausgenommen §§ 8 und 19“.

Bonn, den 22. November 1988

Dr. Vogel und Fraktion



